

## **Abschlussdokumentation Kindeswohl in Suchtfamilien**

---

Ergebnisse einer Expertenbefragung zum Umgang mit einer möglichen Kindeswohlgefährdung im Kontext von suchtbelasteten Familien.

Köln, Juli 2011

Daniel Deimel  
M.Sc. Dipl. Sozialarbeiter

Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften

Unter Mitarbeit von:

Anja Böhle  
Siegrid Eicker  
Michael Fischer  
Nicole Pappelau  
Christina Schlosser  
Pia Schnitzler  
Jörn Unterburger

Korrespondenzadresse:

Fachhochschule Köln  
Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften  
Daniel Deimel; M.Sc. Dipl. Sozialarbeiter  
Mainzer Straße 5  
50678 Köln  
Tel.: 0221-8275-3088  
Mail: daniel.deimel at fh-koeln.de

---

Anmerkung:

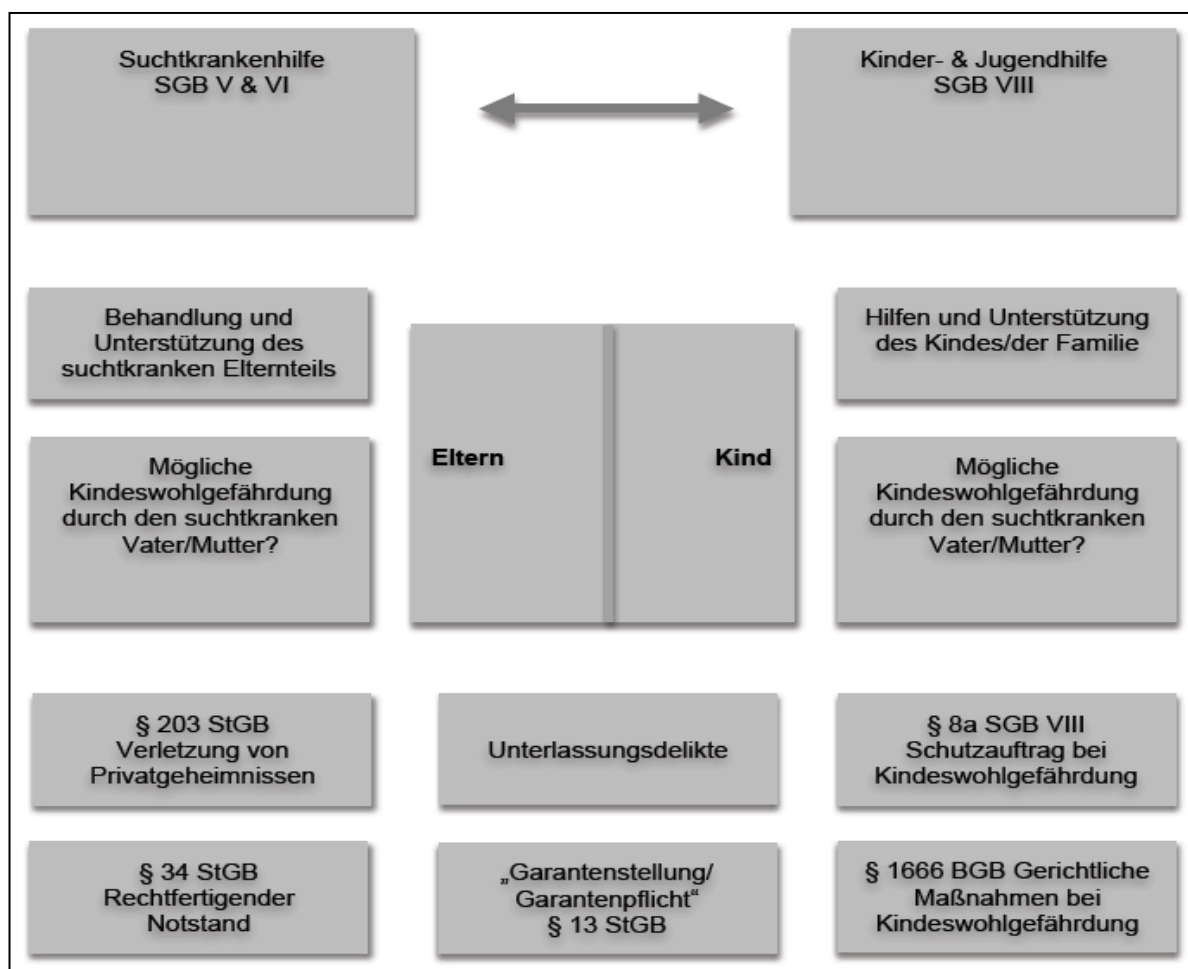
Dieser Bericht ist kein Rechtsgutachten. Er enthält keine rechtsverbindlichen Aussagen. Dieser Bericht stellt viel mehr die Ergebnisse einer Expertenbefragung zu dem Thema dar.

## **Inhalt**

1.	Ausgangslage und Fragestellung	4
2.	Rechtliche Rahmenbedingungen	7
3.	Forschungsfragen	12
4.	Untersuchungsplanung	13
5.	Durchführung der Untersuchung	14
6.	Ergebnisse	15
7.	Literatur	18
8.	Anhang	19

## 1. Ausgangslage und Fragestellung

Am 10. Oktober 2006 wurde in Bremen die Leiche des zweijährigen Kevin in einer Kühltruhe der väterlichen Wohnung gefunden. Der Vater befand sich zu diesem Zeitpunkt wegen seiner Heroinabhängigkeit in substitutionsgestützter Behandlung. Diese beinhaltet neben einer medizinischen Versorgung eine psychosoziale Betreuung durch eine Suchtberatungsstelle. Zudem war in diesem Fall bereits das örtliche Jugendamt die Suchtkrankenhilfe und eine Kinderklinik involviert. Der Bericht des Untersuchungsausschusses „Kindeswohl“ der Bremer Bürgerschaft (2007) offenbarte strukturelle Mängel im örtlichen Amt für Soziale Dienste. Dieser Fall löste eine bundesweite Debatte über die Strukturen und Arbeitsweisen von Jugendämtern und Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe im Umgang mit einer möglichen Kindeswohlgefährdung aus. Grundsätzlich differenzieren sich die Jugend- und Suchtkrankenhilfe hinsichtlich ihres gesetzlichen und klientenbezogenen Arbeitsauftrages. Abbildung 1 stellt die beiden Hilfesysteme mit ihren Klienten, Arbeitsaufträgen und dem gesetzlichen Rahmenbedingungen dar.



**Abbildung 1:** Die Perspektiven der Suchtkrankenhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe im Kontext möglicher Kindeswohlgefährdung.

Mit der Einführung des § 8s SGB VIII wurden freie Träger der Jugendhilfe verpflichtet im Bedarfsfall eine Abschätzung einer möglichen Kindeswohlgefährdung durch „insofern erfahrene Mitarbeiter“ durchzuführen. Der Gesetzgeber wollte mit dieser Gesetzesänderung eine rechtliche Anbindung und Verpflichtung der freien Träger der Jugendhilfe an die öffentliche Jugendhilfe erzielen. Sie sind somit ein Stück weit in die Pflicht genommen genau hinzusehen, eine Einschätzung der Gefährdung vorzunehmen und im Bedarfsfall eine Gefährdungsanzeige bei dem zuständigen Jugendamt einzuleiten. Da der überwiegende Teil der Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe nicht nach dem SGB VIII refinanziert wird, entfällt diese strukturierte Einbindung. In der Arbeitspraxis bleibt eine oftmals diffuse Konfliktlage bestehen: die Mitarbeiter müssen eine Güteabwägung zwischen dem Melden einer möglichen Kindeswohlgefährdung (gemäß § 1666 BGB) und dem Wahren der gesetzlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB; Wahren von Privatgeheimnissen) vornehmen. Es stellt sich die Frage, ob ein „Rechtfertigender Notstand“ gemäß § 34 StGB vorliegt, der einen Bruch der gesetzlichen Schweigepflicht legitimiert oder ob sich ein Mitarbeiter im Rahmen einer Garantenpflicht durch Unterlassen (§ 13 StGB) strafbar macht.

Die folgenden Straftatbestände könnten in diesem Zusammenhang relevant sein:

- Fahrlässige Tötung (§ 222 StGB) durch Unterlassen (in Verbindung mit § 13 StGB).  
Das Strafmaß liegt bei bis zu fünf Jahren Freiheitsstrafe oder bei einer Geldstrafe.
- Körperverletzung (§ 223 StGB) durch Unterlassen (in Verbindung mit § 13 StGB).  
Der Gesetzgeber sieht hier ein Strafmaß von bis zu fünf Jahren Freiheitsstrafe oder einer Geldstrafe vor.
- Gefährliche Körperverletzung (§ 224 StGB) durch Unterlassen (in Verbindung mit § 13 StGB). Der Gesetzgeber sieht hier eine Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren, in minder schweren Fällen von drei Monaten bis fünf Jahren vor.
- Schwere Körperverletzung (§ 226) durch Unterlassen (in Verbindung mit § 13 StGB).  
In diesem Fall sieht der Gesetzgeber eine Freiheitsstrafe von einem bis hin zu zehn Jahren vor. In minder schweren Fällen ist eine Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis fünf Jahren zu verhängen.

- Körperverletzung mit Todesfolge (§ 227 StGB) durch Unterlassen (in Verbindung mit § 13 StGB). Der Gesetzgeber sieht hier eine Freiheitsstrafe von nicht unter drei Jahren vor. In minder schweren Fällen liegt diese bei einem bis zu zehn Jahren.
- Fahrlässige Körperverletzung (§ 229 StGB) durch Unterlassen (in Verbindung mit § 13 StGB). Das Strafmaß liegt hier bei einer Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren oder einer Geldstrafe.

Im Falle eines Unterlassungsdeliktes kann das Strafmaß gemäß § 13 Abs. 2 und § 49 Abs. 1 StGB gemildert werden.

Es ist zwischen sogenannten echten und unechten Unterlassungsdelikten zu differenzieren. Echte Unterlassungsdelikte sind Straftaten, die explizit als Unterlassungsdelikte im Gesetz benannt werden. Dies ist z. B. bei der „unterlassenen Hilfeleistung“ (§ 323c StGB) oder der „Nichtanzeige geplanter Straftaten“ (§ 142 Abs. 2 StGB) der Fall. Unechte Unterlassungsdelikte lassen sich aus einer nach § 13 StGB ableitenden Garantenstellung begründen. Liegt diese in Verbindung mit einem Delikt vor, so kann eine Strafbarkeit in Verbindung mit § 13 StGB angenommen werden.

Die Garantenstellung kann ferner hinsichtlich des Verhältnisses des Garanten zu der zu schützenden Person unterschieden werden. So bezieht sich der „Beschützergarant“ auf Personen, zu denen ein Näheverhältnis besteht (z. B. Eltern zu ihren Kindern oder Ehepartner untereinander), eine Gefahrengemeinschaft vorliegt (z. B. Bergexpedition) oder die Tatsächliche Übernahme einer Schutzfunktion vorliegt (z. B. Hausarzt). Eine „Bewachergarant“ soll dafür Sorge tragen, dass eine Gefahrenquelle, die er eröffnet hat, sich nicht realisiert. In dem hier vorliegenden Kontext dürfte zu überprüfen sein, ob ein Mitarbeiter einer Suchtberatungsstelle ein Beschützergarant gegenüber dem Kind seines Klienten darstellt. Auszuschließen ist diese Stellung nach Bringewat (2007) nicht.

Diese komplexe Gesamtsituation geht oftmals mit Unsicherheiten der Fachkräfte einher.

Zudem haben sich in beiden Hilfesystemen (Jugend- und Suchtkrankenhilfe) auf Grund ihrer Tradition und der unterschiedlichen involvierten Berufsgruppen (Sozialarbeiter und Sozialpädagogen, Ärzte und Psychologen) verschiedene Haltungen gegenüber der gesetzlichen Schweigepflicht entwickelt.

Im Rahmen des durchgeführten Projektes soll ein Einblick und eine Bestandaufnahme der im Arbeitsalltag gängigen Praxis im Hinblick dargestellt werden.

## **2. Rechtliche Rahmenbedingungen**

Im Folgenden sind die in diesem Kontext elementaren gesetzlichen Normen noch einmal aufgeführt.

### **§ 1666 Gerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls**

(1) Wird das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen gefährdet und sind die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage, die Gefahr abzuwenden, so hat das Familiengericht die Maßnahmen zu treffen, die zur Abwendung der Gefahr erforderlich sind.

(2) In der Regel ist anzunehmen, dass das Vermögen des Kindes gefährdet ist, wenn der Inhaber der Vermögenssorge seine Unterhaltspflicht gegenüber dem Kind oder seine mit der Vermögenssorge verbundenen Pflichten verletzt oder Anordnungen des Gerichts, die sich auf die Vermögenssorge beziehen, nicht befolgt.

(3) Zu den gerichtlichen Maßnahmen nach Absatz 1 gehören insbesondere

1. Gebote, öffentliche Hilfen wie zum Beispiel Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe und der Gesundheitsfürsorge in Anspruch zu nehmen,
2. Gebote, für die Einhaltung der Schulpflicht zu sorgen,
3. Verbote, vorübergehend oder auf unbestimmte Zeit die Familienwohnung oder eine andere Wohnung zu nutzen, sich in einem bestimmten Umkreis der Wohnung aufzuhalten oder zu bestimmende andere Orte aufzusuchen, an denen sich das Kind regelmäßig aufhält,
4. Verbote, Verbindung zum Kind aufzunehmen oder ein Zusammentreffen mit dem Kind herbeizuführen,
5. die Ersetzung von Erklärungen des Inhabers der elterlichen Sorge,
6. die teilweise oder vollständige Entziehung der elterlichen Sorge.

(4) In Angelegenheiten der Personensorge kann das Gericht auch Maßnahmen mit Wirkung gegen einen Dritten treffen.

### **§ 8a SGB VIII Fachkraft**

(1) Werden dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, so hat es das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte abzuschätzen. Dabei sind die

Personensorgeberechtigten sowie das Kind oder der Jugendliche einzubeziehen, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird. Hält das Jugendamt zur Abwendung der Gefährdung die Gewährung von Hilfen für geeignet und notwendig, so hat es diese den Personensorgeberechtigten oder den Erziehungsberechtigten anzubieten.

(2) In Vereinbarungen mit den Trägern von Einrichtungen und Diensten, die Leistungen nach diesem Buch erbringen, ist sicherzustellen, dass deren Fachkräfte den Schutzauftrag nach Absatz 1 in entsprechender Weise wahrnehmen und bei der Abschätzung des Gefährdungsrisikos eine insoweit erfahrene Fachkraft hinzuziehen. Insbesondere ist die Verpflichtung aufzunehmen, dass die Fachkräfte bei den Personensorgeberechtigten oder den Erziehungsberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, wenn sie diese für erforderlich halten, und das Jugendamt informieren, falls die angenommenen Hilfen nicht ausreichend erscheinen, um die Gefährdung abzuwenden.

(3) Hält das Jugendamt das Tätigwerden des Familiengerichts für erforderlich, so hat es das Gericht anzurufen; dies gilt auch, wenn die Personensorgeberechtigten oder die Erziehungsberechtigten nicht bereit oder in der Lage sind, bei der Abschätzung des Gefährdungsrisikos mitzuwirken. Besteht eine dringende Gefahr und kann die Entscheidung des Gerichts nicht abgewartet werden, so ist das Jugendamt verpflichtet, das Kind oder den Jugendlichen in Obhut zu nehmen.

(4) Soweit zur Abwendung der Gefährdung das Tätigwerden anderer Leistungsträger, der Einrichtungen der Gesundheitshilfe oder der Polizei notwendig ist, hat das Jugendamt auf die Inanspruchnahme durch die Personensorgeberechtigten oder die Erziehungsberechtigten hinzuwirken. Ist ein sofortiges Tätigwerden erforderlich und wirken die Personensorgeberechtigten oder die Erziehungsberechtigten nicht mit, so schaltet das Jugendamt die anderen zur Abwendung der Gefährdung zuständigen Stellen selbst ein.

### **§ 203 StGB Verletzung von Privatgeheimnissen**

(1) Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als

1. Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Angehörigen eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte



Ausbildung erfordert,

2. Berufspsychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung,

3. Rechtsanwalt, Patentanwalt, Notar, Verteidiger in einem gesetzlich geordneten Verfahren, Wirtschaftsprüfer, vereidigtem Buchprüfer, Steuerberater, Steuerbevollmächtigten oder Organ oder Mitglied eines Organs einer Rechtsanwalts-, Patentanwalts-, Wirtschaftsprüfungs-, Buchprüfungs- oder Steuerberatungsgesellschaft,

4. Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberater sowie Berater für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist.

4a. Mitglied oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes,

5. staatlich anerkanntem Sozialarbeiter oder staatlich anerkanntem Sozialpädagogen oder

6. Angehörigen eines Unternehmens der privaten Kranken-, Unfall- oder Lebensversicherung oder einer privatärztlichen, steuerberaterlichen oder anwaltlichen Verrechnungsstelle

anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als

1. Amtsträger,

2. für den öffentlichen Dienst besonders Verpflichteten,

3. Person, die Aufgaben oder Befugnisse nach dem Personalvertretungsrecht wahrnimmt,

4. Mitglied eines für ein Gesetzgebungsorgan des Bundes oder eines Landes tätigen Untersuchungsausschusses, sonstigen Ausschusses oder Rates, das nicht selbst Mitglied des Gesetzgebungsorgans ist, oder als Hilfskraft eines solchen Ausschusses oder Rates,

5. öffentlich bestelltem Sachverständigen, der auf die gewissenhafte Erfüllung seiner Obliegenheiten auf Grund eines Gesetzes förmlich verpflichtet worden ist, oder

6. Person, die auf die gewissenhafte Erfüllung ihrer Geheimhaltungspflicht bei der Durchführung wissenschaftlicher Forschungsvorhaben auf Grund eines Gesetzes förmlich verpflichtet worden ist,

anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist. Einem Geheimnis im Sinne des Satzes 1 stehen Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse eines anderen gleich, die für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung erfasst worden sind; Satz 1 ist jedoch nicht anzuwenden, soweit solche Einzelangaben anderen Behörden oder sonstigen Stellen für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung bekanntgegeben werden und

das Gesetz dies nicht untersagt.

(2a) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn ein Beauftragter für den Datenschutz unbefugt ein fremdes Geheimnis im Sinne dieser Vorschriften offenbart, das einem in den Absätzen 1 und 2 Genannten in dessen beruflicher Eigenschaft anvertraut worden oder sonst bekannt geworden ist und von dem er bei der Erfüllung seiner Aufgaben als Beauftragter für den Datenschutz Kenntnis erlangt hat.

(3) Einem in Absatz 1 Nr. 3 genannten Rechtsanwalt stehen andere Mitglieder einer Rechtsanwaltskammer gleich. Den in Absatz 1 und Satz 1 Genannten stehen ihre berufsmäßig tätigen Gehilfen und die Personen gleich, die bei ihnen zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind. Den in Absatz 1 und den in Satz 1 und 2 Genannten steht nach dem Tod des zur Wahrung des Geheimnisses Verpflichteten ferner gleich, wer das Geheimnis von dem Verstorbenen oder aus dessen Nachlass erlangt hat.

(4) Die Absätze 1 bis 3 sind auch anzuwenden, wenn der Täter das fremde Geheimnis nach dem Tod des Betroffenen unbefugt offenbart.

(5) Handelt der Täter gegen Entgelt oder in der Absicht, sich oder einen anderen zu bereichern oder einen anderen zu schädigen, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder Geldstrafe.

### **Fußnote**

§ 203 Abs. 1 Nr. 4a: Die anerkannten Beratungsstellen nach § 218b Abs. 2 Nr. 1 StGB stehen den anerkannten Beratungsstellen nach § 3 des G über die Aufklärung, Verhütung, Familienplanung und Beratung gleich gem. BVerfGE v. 4.8.1992 I 1585 - 2 BvO 16/92 u. a. -

### **§ 13 StGB Begehen durch Unterlassen**

(1) Wer es unterlässt, einen Erfolg abzuwenden, der zum Tatbestand eines Strafgesetzes gehört, ist nach diesem Gesetz nur dann strafbar, wenn er rechtlich dafür einzustehen hat, dass der Erfolg nicht eintritt, und wenn das Unterlassen der Verwirklichung des gesetzlichen Tatbestandes durch ein Tun entspricht.

(2) Die Strafe kann nach § 49 Abs. 1 gemildert werden.

### **§ 34 StGB Rechtfertigender Notstand**

Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.

### **3. Forschungsfragen**

Im Rahmen des Projektes sollten die folgenden forschungsleitenden Fragestellungen beantwortet werden:

1. Fühlen sich die Berufsgruppen (Sozialarbeiter, Ärzte, Pflegekräfte etc.) ausreichend über die Themen Kindeswohlgefährdung und Suchterkrankung im Familiensystem informiert und ausgebildet?
2. Welche Handlungsstrategien existieren im Bedarfsfall in den Einrichtungen im Umgang mit
  - a) einer möglichen Kindeswohlgefährdung?
  - b) dem Umgang der Suchterkrankung der Eltern?
3. Gibt es eine Vernetzung zu anderen Institutionen/Akteuren des Hilfesystems? Wenn ja, wie gestaltet sich diese?

#### 4. Untersuchungsplanung

Der vorliegenden Untersuchung liegt ein **qualitativer Forschungsansatz** zu Grunde. Hintergrund hierfür war die kleine Stichprobenanzahl sowie der explorative Charakter der Untersuchung. Ziel der Untersuchung sollte eine offene Situationsbeschreibung und Einschätzung der Problematik „Sucht im Familiensystem und mögliche Kindeswohlgefährdung“ durch Fachkräfte aus den Bereichen Jugend- und Suchtkrankenhilfe sowie der Krankenhilfe sein.

Die Datenerhebung sollte durch **standardisierte Experteninterviews** erfolgen. Mit Hilfe dieser Erhebungsmethodik sollte zum einen der Fokus der Datenerhebung auf die Fragestellung zentriert sein, dennoch genügend Freiheitsgrade ermöglichen, um weitergehende elementare Informationen durch die befragten Experten zu erheben. Des weiteren ermöglicht diese Form der Datenerhebung eine gute Vergleichbarkeit der gewonnen Daten im Hinblick auf die zu beantwortenden Fragestellungen.

Als Auswertungsmethodik wurde die **qualitative Inhaltsanalyse** (Mayring, 2002 & 2008) gewählt. Mit ihrer Hilfe sollen Texte systematisch analysiert werden, indem das Material schrittweise mit einem theoriegeleiteten, am Material entwickelten, Kategoriensystem bearbeitet (Mayring, 2002). Ziel der Inhaltsanalyse ist es, eine Reduktion des Materials vorzunehmen, so dass wesentliche Teile bestehen bleiben. Einzelne fragliche Textteile sollen so in Verbindung gebracht werden, dass ihr Gesamtverständnis erweitert wird. In einem letzten Schritt werden einzelne Aspekte des Textes anhand eines zuvor entwickelten Kategoriensystems eingeschätzt und strukturiert. (Mayring, 2008).

## 5. Durchführung der Untersuchung

In einem ersten Arbeitsschritt wurde ein **Interviewleitfaden** entwickelt. Dieser umfasst vier Teile mit insgesamt 32 Fragen. Im Teil A des Interviewleitfadens wurde auf die zu befragende Person und die beteiligte Institution eingegangen. Teil B fokussierte auf das Ausbildungsniveau und den Informationsstand der befragten Person zum Thema „Kindeswohl“ bzw. „Sucht im Familiensystem“. Teil C des Leitfadens fragte nach den Handlungsstrategien der Institution bei einer möglichen Kindeswohlgefährdung sowie ihrer Einbindung und Rolle im Hilfesystem. Ferner wurde im Teil D nach Wünschen und Perspektiven gefragt um eine höhere Handlungssicherheit in der befragten Institution zu erhalten.

An der Erhebung sollten sich sowohl **Institutionen** aus der Drogen- und Suchtkrankenhilfe, der Kinder- und Jugendhilfe und der Krankenhilfe beteiligen. Die **Experten** wurden durch eine persönliche Ansprache durch die Interviewer generiert. Die Interviews fanden im **Zeitraum** von April bis Juni 2011 statt.

Die Interviews wurden mit Hilfe von Tonbandgeräten aufgezeichnet. Es folgte eine reduzierte **Transkription des Datenmaterials**. Die **Protokolle der Interviews** sind im Anhang B dieses Berichtes aufgeführt. Anhand der Fragestellung und nach der ersten Durchsicht der Interviews wurde eine **Auswertungsmatrix** (Anhang C) entwickelt. Diese Matrix enthält vier Kategorien und 33 Variablen. Zu jeder Variable wurden ggf. ein Code und eine jeweilige Ausprägung definiert. Anhand dieser Matrix wurde das Textmaterial systematisch analysiert. Die zu den einzelnen Codes passenden Textpassagen der Interviews wurde in der Auswertungsmatrix in dem Feld „Ankerbeispiel“ eingebunden.

Auf der Grundlage dieser systematischen Auswertung konnten allgemeingültige Aussagen getroffen werden, die den Ergebnisteil des Berichtes darstellen.

## 6. Ergebnisse

Sämtliche Interviewpartner waren Diplom-Sozialarbeiter und Diplom-Sozialpädagogen, überwiegend mit Fort- und Weiterbildungen in verschiedenen Bereichen und mehr als zehnjähriger Berufserfahrung im entsprechenden Arbeitsfeld. Die jeweilige Funktion am Arbeitsplatz variierte von der regulären Mitarbeitertätigkeit bis hin zu leitenden Funktionen. Die Adressaten bzw. Klienten der befragten Einrichtungen entsprachen dem klassischen Aufgabenfeld der befragten Institution. Je nach Position im Hilfenetzwerk waren die Teams in der jeweiligen Einrichtung multiprofessionell aufgestellt; die Bandbreite reicht von medizinischen über pflegerische, therapeutische und sonstige Mitarbeiter.

Alle Einrichtungen haben hinsichtlich der jeweils „untergeordneten“ Themenkomplexe „Kindeswohlgefährdung“ (für die Einrichtungen der Suchthilfe sowie Kinderklinik) bzw. „Sucht im Familiensystem“ (Jugendamt sowie Kinderklinik) Erfahrungen in unterschiedlicher Ausprägung gesammelt. Die subjektiv empfundene Bandbreite reicht hierbei von randständigen Berührungen im Bereich Kindeswohlgefährdung (Drogenberatungsstelle), bis hin zu häufigen Kontakten mit Sucht im Familiensystem (Jugendamt).

Zur Beurteilung, ob in einem konkreten Fall eine Kindeswohlgefährdung vorliegt, benennen die Einrichtungen der Suchthilfe überwiegend undifferenzierte Kriterien; lediglich in der Kinderklinik wird auf ein differenziertes, auf Erfahrungswissen basierendes, System zurückgegriffen. Auf der anderen Seite bestehen für die Kinderklinik und das Jugendamt keine hinreichend differenzierten Kriterien zur Ermittlung einer Suchterkrankung im Familiensystem.

Die fehlende Differenziertheit in der Einschätzung und Bewertung des jeweiligen Problemfelds scheint eng mit der Ausbildung der jeweiligen Mitarbeiter zusammenzuhängen. Alle Interviewpartner geben an, sich durch ihr Studium nur unzureichend zum spezifischen Thema ausgebildet zu fühlen. Auffallend ist ferner, dass auch von Trägerseite dem jeweils „randständigen“ Thema eine geringe Relevanz hinsichtlich der Fortbildungsangebote für Mitarbeiter zugesprochen wird; abgesehen vom Mitarbeiter des Jugendamtes hat kein Interviewpartner über den Arbeitgeber eine entsprechende Fortbildung besucht bzw. besuchen können. Den jeweiligen Einrichtungen gehören keine Fachkräfte zum jeweils anderen Themenschwerpunkt an; lediglich die Kinderklinik beschäftigt eine Fachkraft für den Bereich Kindeswohlgefährdung. Darüber hinaus ist die Installation einer jeweiligen Fachkraft in keiner Einrichtung vorgesehen.

Jede der befragten Einrichtungen hat ein klar definiertes Rollenverständnis bezüglich der eigenen Zuständigkeit und Verortung im Hilfenetzwerk, was in jedem Fall die Fokussierung auf den eigenen Arbeitsbereich und - in Fällen der randständigen Themen „Kindeswohlgefährdung“ bzw. „Sucht im Familiensystem“ - Clearing, Kooperation mit zuständigen Einrichtungen und Weitervermittlung an andere Akteure des Hilfenetzwerks bedeutet. Dieses Vorgehen entspricht im wesentlichen auch der Konzeption der jeweiligen Einrichtung bzw. der Stellenbeschreibung des entsprechenden Interviewpartners.

Im Falle einer möglichen Kindeswohlgefährdung bzw. von Sucht im Familiensystem sind die Vorgehensweisen häufig vom direkt zuständigen Mitarbeiter abhängig. Der Grad der Strukturierung des Vorgehens variiert stark zwischen den jeweiligen Einrichtungen; lediglich in einer der befragten Einrichtungen aus dem Bereich der Suchthilfe besteht ein Ablaufplan hinsichtlich des Vorgehens im Falle einer Kindeswohlgefährdung. In allen Einrichtungen besteht eine klare Vorstellung davon, welche Stelle des Hilfenetzwerks im Falle einer Kindeswohlgefährdung anzusprechen ist. In jeder Einrichtung ist eine hohe Kenntnis der für den Einzelfall relevanten spezifischen Einrichtungen des Hilfenetzwerks nachzuweisen. Datenschutzrechtlichen Vorgaben wird im Kontakt mit anderen Einrichtungen, insbesondere dem Jugendamt, von den Interviewpartnern eine unterschiedlich hohe Bedeutung zugemessen. Die Spannweite reicht hierbei von einer bewussten Missachtung, über fehlende Kenntnis der Rechtslage bis zu einem genauen Bewusstsein über einen rechtfertigenden Notstand.

Beim Jugendamt sowie in der Kinderklinik wird keine unmittelbare Suchtanamnese durchgeführt; nur im Falle einer offensichtlichen Konfrontation mit dem Thema Sucht werden gegebenenfalls weiterführende Fragen gestellt. Familienanamnestisch erheben alle Interviewpartner überwiegend basale Daten, der Fokus liegt hierbei auf dem Familienstand und der Anzahl der Kinder im Haushalt. Hinsichtlich Suchterkrankungen in der Familienbiographie, genutzten Angeboten aus dem Bereich der Jugendhilfe und ähnlichen weiterführenden Themen werden nur vereinzelt Erhebungen durchgeführt.

Um die Möglichkeiten der Erkennung und Einschätzung von Kindeswohlgefährdung künftig optimieren zu können, äußern die Interviewpartner verschiedene unspezifische Vorschläge. Im Einzelnen handelt es sich hierbei um die Verbesserung der finanziellen und personellen Ressourcen, Möglichkeiten der Fort- und Weiterbildung sowie einer verstärkten Supervision, dem Wunsch nach einer „offensiveren“ Konfrontation der Klienten mit der jeweiligen Thematik durch die Sozialarbeiter, eine intensivere Kooperation mit den Jugendämtern sowie eine stärkere Aufklärung über die Arbeit der



Jugendämter.

Bezüglich der Erkennung und Einschätzung von Suchterkrankungen im Familiensystem wird vor allem eine Sensibilisierung für die mit legalen Suchtmitteln verbundenen Risiken und ein breiteres, grundlegendes Fachwissen für alle Einrichtungen im Bereich des Hilfenetzwerks gewünscht; als besonders hinderlich hierbei wird die Tabuisierung von Suchterkrankungen und von Rauschmittelkonsum im generellen genannt.

Um Zusammenarbeit und Kooperation mit den Einrichtungen der Suchthilfe optimieren zu können, wurde übergreifend der Wunsch geäußert, einen regelmäßigen, wechselseitigen Austausch des spezifischen Fachwissens vorzunehmen und Aufklärung über die eigene Einrichtung im Sinne einer „Ressource“ zu betreiben. Von Seiten der Kinderklinik wurde vor allem die Notwendigkeit betont, dass die Belange der betroffenen Kinder in Familien mit Suchterkrankungen besser wahrgenommen werden. Ferner wurde angeregt, dass in den Einrichtungen mehr spezielle „themenübergreifende“ Angebote, wie beispielsweise eine offene Sprechstunde einer Drogenberatungsstelle für suchtkranke Mütter mit ihren Kindern, installiert werden. Vergleichbare Wünsche werden auch gegenüber den Einrichtungen und Stellen der Jugendhilfe formuliert.

Auf die Frage, welche Maßnahmen die Interviewpartner im jeweiligen Konfliktfeld entlasten könnten, wurde wiederholt das Bedürfnis nach besserer Fort- und Weiterbildung, Supervision, erhöhter Stellenschlüssel sowie mehr Kenntnis über die Tätigkeit der jeweils anderen Stellen benannt.

### **Folgerungen:**

- Die Kinder von suchtkranken Menschen werden in den befragten Einrichtungen regelhaft erfasst. Dies ist als sehr positiv zu bewerten.
- Eine mögliche Kindeswohlgefährdung ist durch die Mitarbeiter der Suchtkrankenhilfe schwierig einzuschätzen.
- Die Wahrnehmung und Einschätzung der Situation der Kinder hängt von der persönlichen Situation der Mitarbeiter ab.
- Ein systematisches Vorgehen bei einer möglichen Kindeswohlgefährdung ist nicht die Regel; es werden eher informelle Netzwerke aktiviert.
- Es wird der Bedarf an stärkerer Vernetzung zwischen den Systemen Jugendhilfe und Suchtkrankenhilfe benannt.
- Es ist ein Fortbildungsbedarf vorhanden und es wird ein kontinuierlicher Austausch zwischen den beiden Systemen gefordert.

## 7. Literatur

Bremer Bürgerschaft (2007) Bericht des Untersuchungsausschusses zur Aufklärung von mutmaßlichen Vernachlässigungen der Amtsvormundschaft und Kindeswohlsicherung durch das Amt für Soziale Dienste. Bremen: Eigendruck.

Bringewat, Peter (2007) Strafrechtliche Risiken im Umgang mit Kindern aus suchtkranken Familien. In: Klein, M. Kinder und Suchtgefahren. Risiken – Prävention – Hilfen. (S. 372-387) Stuttgart: Schattauer.

Mayring, P. (2002) Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz.

Mayring, P. (2008) Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz.

## **8. Anhang**

Anhang A: Interviewleitfaden  
Anhang B: Transkribierten Interviews  
Anhang C: Auswertungsmatrix

## Anhang A



Fachhochschule Köln  
Cologne University of Applied Sciences

Fakultät für Angewandte  
Sozialwissenschaften

Leitfaden zum Experteninterview  
„Kindeswohl im Kontext der Suchtkrankenhilfe“

---

Herzlichen Dank, dass Sie sich dazu bereit erklärt haben, an diesem Experten-Interview teilzunehmen. Diese Befragung findet im Rahmen des Projektstudiums im Master-Studiengang „Beratung und Vertretung im Sozialen Recht“ an der Fachhochschule Köln statt.

Durch diese Experten-Befragung möchten wir eine Bestandaufnahme zum Thema „Kindeswohlgefährdung im Kontext der Suchtkrankenhilfe“ durchführen. Bitte verstehen Sie die Fragen bzw. Antworten nicht im Sinne eines „richtig“ oder „falsch“. Es geht viel mehr um Ihre Meinung und Einschätzung der Situation als ExpertInn.

Die Antworten werden anonymisiert ausgewertet. Wir senden Ihnen gerne eine Zusammenfassung der Studienergebnisse zu.

### Teil A: Person und Institution

#### Zur Person

1. Welche Berufsausbildung haben Sie?
2. Welche Zusatzausbildungen haben Sie?
3. In welchen Tätigkeitsfeldern haben Sie Berufserfahrung?
4. Wie lange sind Sie in dem aktuellen Arbeitsfeld tätig?
5. Wie lange arbeiten sie bereits bei ihrem aktuellen Arbeitgeber?
6. Welche Funktion haben Sie dort inne (Leitung, Mitarbeiter, Fachkraft)?

#### Zur Institution

7. Wer sind die Adressaten ihrer Tätigkeit (Patienten, Klienten)?
8. Wie viele Klienten / Patienten betreuen/behandeln Sie in ihrer Einrichtung?
9. Wie finanziert sich die Einrichtung (pauschal, Einzelfall)?
10. Wer ist der Kostenträger ihrer Einrichtung?
11. Wie verhält sich der Klientenschlüssel in Ihrer Einrichtung?  
(Anzahl der Klienten auf einen Mitarbeiter)
12. Welche Professionen sind in ihrem Team/Einrichtung vertreten?

13. Wie viele Mitarbeiter arbeiten in ihrem Team/Einrichtung?

### **Teil B: Information und Ausbildung**

14. Haben Sie in Ihrer Einrichtung schon bereits Erfahrungen mit Kindeswohlgefährdung / Sucht im Familiensystem gemacht?

15. Anhand welcher Kriterien haben Sie die Kindeswohlgefährdung / Sucht im Familiensystem identifiziert?

16. Fühlen Sie sich durch ihre Ausbildung zum Thema Kindeswohlgefährdung / Sucht im Familiensystem ausreichend ausgebildet?

17. Stehen Ihnen in ihrem Arbeitsfeld Fortbildungsangebote zum Thema Kindeswohlgefährdung/ Sucht im Familiensystem zur Verfügung?

18. Können Sie in ihrer Einrichtung auf eine Fachkraft zum Thema Kindeswohlgefährdung/ Sucht im Familiensystem zurück greifen, die Sie in ihrer Arbeit unterstützt?

19. Wenn Nein: Ist die Installation einer solchen Fachkraft in Ihrer Einrichtung geplant?

### **Teil C: Handlungsstrategien und Netzwerk**

20. Wie sehen Sie ihre Rolle im Helfernetzwerk Kindeswohlgefährdung / Sucht im Familiensystem?

21. Entspricht dies, der Ihnen zugesagten Funktion (Stellenausschreibung)?

22. Bei Nein: wo differenzieren sie sich?

23. Wie gehen Sie bei einer möglichen Kindeswohlgefährdung/Identifikation einer Suchterkrankung im Familiensystem vor?

24. Gibt es in ihrer Einrichtung einen Ablaufplan bei einer möglichen Kindeswohlgefährdung?

25. Welche Ansprechpartner im Hilfenetzwerk werden dann in Anspruch genommen?

26. Welche Inhalte werden bezüglich der Familien- bzw. Suchtanamnese erhoben?

27. Welche Einrichtungen des Hilfsnetzwerkes „Kindeswohlgefährdung“/„Sucht im Familiensystem“ sind Ihnen bekannt?

### **Teil D: Wünsche und Perspektiven zur Handlungssicherheit**

28.1 Was muss aus Ihrer Sicht passieren, damit eine Kindeswohlgefährdung besser erkannt wird?

28.2 Was muss aus Ihrer Sicht passieren, damit eine Suchterkrankung in einem Familiensystem besser erkannt wird?

29. Welche Wünsche würden Sie an die Kollegen der Suchthilfe/Jugendhilfe stellen, damit die Zusammenarbeit optimiert wird.
30. Was müsste sich in ihrem Arbeitsfeld verändern, um die Zusammenarbeit im Hilfesystem zu verbessern?
31. Welche Maßnahmen könnten Sie im Problemfeld Kindeswohlgefährdung/Sucht im Familiensystem entlasten?

## **Anhang B**

### **Experteninterview Jugendamt**

Von den beiden Interviewbearbeiterinnen (I.) wurde eine Mitarbeiterin (J.) des Allgemeinen Sozialen Dienstes eines Jugendamtes befragt. Frau J. wurde im Vorfeld erläutert, dass es sich um ein Experteninterview im Rahmen des Masterstudienganges Beratung und Vertretung im sozialen Recht, an der Fachhochschule Köln, handelt. Weiter werden Namen und Institution anonymisiert. Im weiteren Verlauf soll die Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe, sowie Suchthilfe analysiert werden. Der Fragebogen ist in vier Teile gegliedert und beinhaltet insgesamt 31 Fragen.

#### **Experteninterview mit Frau J.:**

I: Guten Tag Frau J., schön das sie sich Zeit nehmen konnten, für unser Interview. Wir werden ihnen nun 31 Fragen zum Thema „Kindeswohl im Kontext der Suchtkrankenhilfe“ stellen. Die Auswertung wird komplett anonymisiert erfolgen, es werden keine persönlichen Namen oder Informationen zu ihrem Arbeitgeber veröffentlicht. Sie können hier somit frei sprechen und uns über ihre Erfahrungen berichten.

J: Danke. (nickend).

I: Frau J, welche Berufsausbildung haben sie erworben?

J: Ich habe zuerst Erzieherin gelernt und als solche 5 Jahre im Heimbereich gearbeitet. Dann habe ich im Bereich der Erwachsenenbildung gearbeitet und u.a. Wochenendseminare für Alleinerziehende und Spielgruppen geleitet. 1995 habe ich erst das Studium an der KFH in Köln begonnen und Diplom Sozialarbeit studiert. Ich habe von 1995 bis 1999 studiert. Danach habe ich mein Anerkennungsjahr gemacht und bin dann in den ASD gewechselt.

I: Haben sie Zusatzausbildungen?

J: Nein.

Zurzeit mache ich über die Arbeit eine Mediationsausbildung. Im Studium habe ich auch eine Mediatorenausbildung gemacht, bei dieser leider kein extra Zertifikat erworben werden konnte, sodass ich sagen könnte, ich wäre eine Mediatorin.

I: In welchen Tätigkeitsfeldern haben sie Berufserfahrung?

J: Ich habe in einem Kindergarten, Kinderheim, als Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH) und in der Erwachsenenbildung Berufserfahrung. Außerdem habe ich bei Frauen helfen Frauen gearbeitet. Das ist eine Beratungsstelle für Frauen.

I: Wie lange sind sie in ihrem aktuellen Arbeitsfeld tätig?

J: Seit 1999, also seit 11 Jahren.

I: Und wie lange sind sie bei ihrem aktuellen Arbeitgeber?

J: Auch seit 11 Jahren.

I: Welche Funktionen haben Sie dort? Leitung, Fachkraft?

J: Ich bin fallverantwortliche Sozialarbeiterin in einem Sozialraumteam und Mentorin für junge Bachelorstudenten.

I: Mentorin für Bachelorstudenten?

J: Ja ich leite die junge Bachelorstudenten an, die im Traineeprogramm sind. Die kommen gerade frisch von der Fh.

I: Bedeutet das nicht eine enorme zusätzliche Arbeit, oder sind sie von Teilen ihrer Arbeit befreit?

J: Nein, ich bin leider nicht von meiner Arbeit befreit, obwohl das sehr viel Zeit in Anspruch nimmt. Aber das ist mein Steckenpferd. Ich mache das sehr gerne.

I: Das hört sich aber eigentlich nach einem guten Konzept an, die neuen Mitarbeiter längerfristig einzuarbeiten.

I: Jetzt sind wir schon mittendrin in der Institution. Wer sind denn die Adressaten ihrer Arbeit?

J: Kinder, Jugendliche und Familien.

I: Wie viele Klienten haben sie?

J: Ich habe 63 Akten und zirka 120 Klienten.

I: Wie finanziert sich die Einrichtung?

J: Aus Steuermitteln und Zuschüssen des Landes.

I: Wer ist der Kostenträger?

J: Die Stadt.

I: Wie verhält sich der Klientenschlüssel in ihrer Einrichtung?



J: Es gibt ein „Soll“ von 86 Punkten für jede Vollzeitstelle. Die Punkte setzen sich aus den Akten zusammen. Pro Kind und pro Hilfe gibt es 2 Punkte. Für Beratung gibt es 2 Punkte und für Familiengerichtliche Verfahren gibt es auch 2 Punkte.

I: Geht das immer auf?

J: Nein, es sind oft mehr.

I: Das System hört sich auf den ersten Blick aber sehr fair an...

J: Aber erst wenn man in der Arbeit drin ist, kann man sehen wie zeitaufwändig und schwierig die Arbeit ist. Wenn ich für das Gericht einen Bericht schreiben soll und dazu noch bei Schulen, Kindergärten und bei der Nachbarschaft recherchieren muss, dann finde ich 2 Punkte etwas wenig.

I: Welche Professionen sind in ihrem Team und in der Einrichtung vertreten?

J: In unserem Team gibt es Diplom Sozialarbeiter und Diplom Sozialpädagogen.

I: Und in der zugehörigen Verwaltung?

J: Da gibt's auch Verwaltungsangestellte. Ich bin mir aber nicht sicher, ob die alle studiert haben.

I: Gibt es in ihrer Einrichtung noch keine Bachelorabsolventen?

J: Doch auch schon, aber nur wenige.

I: Wie viele Mitarbeiter hat ihr Team und ihre Einrichtung?

J: In meinem Team arbeiten 3 Vollzeitkräfte und 3 Teilzeitkräfte. Eine Vollzeitstelle ist vakant. Dann gibt es noch 2 andere Teams und zusammen sind wir glaub ich zirka 30 Mitarbeiter.

I: Frau J, haben Sie in ihrer Einrichtung bereits Erfahrungen mit Sucht im Familiensystem gemacht?

J: Häufig.

I: Wie haben sie das festgestellt?

J: Entweder haben die Klienten mir das selber berichtet oder ich habe meine Informationen aus den Akten oder Beobachtungen der Familie. Oder aber auch die Schule oder andere Mitglieder der Familie haben mir Hinweise auf eine Suchtproblematik geliefert.

I: Berichten die Klienten wirklich selber über ihre Sucht?

J: Nicht alle und nicht sofort, aber wenn sie Vertrauen gefasst haben sind sie erstaunlich offen und manchmal sogar froh, dass darüber gesprochen werden kann.

I: Fühlen sie sich durch ihre Ausbildung zum Thema Sucht im Familiensystem ausreichend ausgebildet?

J: Nein über die Ausbildung nicht. Die war sehr breit gefächert und da konnte das Thema lediglich angerissen werden.

Aber über meinen Arbeitgeber habe ich verschiedene Fortbildungen zu diesem Thema besucht und dadurch fühle ich mich gut informiert.

I: Damit haben sie die nächste Frage auch schon mitbeantwortet, sodass wir sofort mit der nächsten Frage weiter machen können. Haben sie in ihrer Einrichtung eine Fachkraft zum Thema Sucht im Familiensystem?

J: Ja, ich kann einen Spezialdienst beim Gesundheitsamt anrufen. Das habe ich auch schon einige Male gemacht. Die Mitarbeiterinnen dort kennen sich sehr gut aus und die können ggf. auch weitervermitteln oder meine Klienten weitervermitteln.

I: In der Hinsicht ist das Netz ja wirklich sehr gut geknüpft.

I: Wie sehen sie ihre Rolle im Helfernetzwerk Sucht im Familiensystem?

J: Ich arbeite bei Hilfen zur Erziehung in Kooperation mit Suchtberatungen zusammen. Wenn ich als Jugendamt nicht zuständig bin, weil es nur um die Suchterkrankung geht, dann vermittele ich die Klienten weiter an die Suchtberatung. Häufig ist es aber eine Koppelung zwischen Sucht und einer psychischen Erkrankung.

I: Entspricht dies, der Ihnen zugesagten Stellenausschreibung?

J: Solange Kinder betroffen sind immer. Das ist dann häufig in Kooperation mit Pflegefamilien, wenn die Kinder aus den Familien herausgenommen werden müssen.

I: Wie gehen sie bei einer möglichen Identifikation einer Suchterkrankung im Familiensystem vor?

J: Ich stelle ganz konkrete Fragen. Wie viele Flaschen trinken sie am Tag?

I: Und dann antworten die Klienten immer mit der Wahrheit?

J: Ja, die sind erstaunlich offen. Die sagen dann zwar 4, meinen aber 6 und trinken in Wahrheit 8 Flaschen, aber sie verneinen das nicht kategorisch.

I: In ihrer Einrichtung gibt es doch sicher einen Ablaufplan bei einer Kindeswohlgefährdung?

J: Ja, es gibt klare Regeln. Richtlinien und einen Schritt für Schritt Ablaufplan. Ich empfinde das als sehr hilfreich und es sichert mich später auch ab, wenn ich z.B. vor Gericht mein Handeln begründen müsste.

I: Welche Ansprechpartner im Hilfenetzwerk werden dann in Anspruch genommen?

J: Da kann man dann bei eingesetzten Helfern, dem GSD, Schulen, Kindergärten, Kinderärzten, Krankenhaus und Eltern nachfragen. Bei Eltern muss ich immer abwägen, ob dies in diesem Moment nicht die Situation verschlimmert. Grundsätzlich bin ich immer dafür die Eltern zu involvieren, aber es bringt mir nichts, wenn ich noch nichts konkretes in der Hand hab und das Kind wieder mitgehen lassen muss und es bekommt dann zu Hause erstrecht Schläge.

I: Sie haben von dem GSD gesprochen, was ist das?

J: Das ist der Gefährdungs- - Sofort - Dienst. Dieser fährt bei jeder Meldung raus und schaut was an der Sache dran ist und nimmt die Kinder ggf. in Obhut. Danach sind dann die zuständigen Sachbearbeiter wieder dran.

I: Das hört sich aber nach einem guten System an.

J: Naja, die Diensthabenden sind immer zu dritt im Dienst. Sodass immer 2 rausfahren können und einer am Telefon bleiben kann. Danach wird die Arbeit trotzdem an mich abgegeben. Das hat sich die Stadt 50 Stellen kosten lassen und die machen auch rund um die Uhr Rufbereitschaft.

I: Welche Inhalte werden bezüglich der Familien- und Suchtanamnese erhoben?

J: Ich stelle dann ganz konkrete Fragen wie. Trinken sie..? Ich nehme wahr... Ich sehe... und dann sagen die Klienten mir auch was Sache ist.

I: Welche Einrichtungen des Hilfenetzwerkes Sucht im Familiensystem sind ihnen bekannt?

J: Da gibt es den SKF – Sozialdienst katholischer Frauen, die machen sehr viele Angebote zum Thema Suchthilfe, für Eltern und für Kinder. Dann gibt es noch das Gesundheitsamt die auch Angebote für Eltern und Kinder haben und natürlich Drogenberatungsstellen und Heimeinrichtungen.

I: Was müsste aus ihrer Sicht passieren, damit eine Suchterkrankung im Familiensystem besser erkannt wird?

J: Die beteiligten Helfersysteme bräuchten ein breiteres Fachwissen. Sie müssten sensibler für dieses Thema werden. Vor allem die Co-Abhängigkeit müsste mehr

Beachtung bekommen. Dadurch wäre man viel schneller im Thema und könnte das Verdecken der Sucht, durch die Beteiligten viel schneller aufdecken. Vor allem Kinder können das sehr gut. Und eine Sucht müsste als „normal“ betrachtet werden, dann wird das nicht mehr als so belastend wahrgenommen und es würde einfacher fallen darüber zu sprechen.

I: Welche Wünsche würden sie an Kollegen der Suchthilfe stellen, damit die Zusammenarbeit optimiert wird?

J: Das funktioniert gut. Ich arbeite eng mit Substitutionsstellen und Beratungen zusammen. Da besteht ein guter Kontakt. Wenn ich eine Unterschrift oder so brauche, dann faxe ich das Formular da hin und wenn die Klienten sich das nächste Mal ihr Methadon abholen kommen, dann wird ihnen das Formular gleich ausgehändigt und sie unterschreiben es direkt. Dann kommt das zu mir zurück.

I: Was müsste sich in ihrem Arbeitsfeld verändern, um die Zusammenarbeit im Hilfesystem zu verbessern?

J: Es müsste eine bessere Kommunikation geben. Dann könnten die verschiedenen Haltungen zu Problemlagen diskutiert werden und mehr Mut entwickelt werden, Dinge anzusprechen. Das fehlt häufig jüngeren aber auch älteren Kollegen, die das System nicht mehr verändern wollen. Die Kommunikation könnte direkter, schneller offener und transparenter sein. Gerade bei Schulen erlebe ich das immer wieder. Die sträuben sich über Eltern zu reden, selbst wenn diese dabei sind. Aber gerade das hilft sehr. Viele sind da auch unsicher im Umgang mit diesem Thema.

I: Dann kommen wir schon zur letzten Frage. Welche Maßnahmen könnten sie im Problemfeld Sucht im Familiensystem entlasten?

J: Es müsste einen Coach für Alkoholranke geben. Der Ansprechpartner für die kranken Menschen sein könnte. Der Zugriff zu denen ist sehr schwer. Jeder bräuchte da seinen persönlichen Ansprechpartner.

I: Haben sie schon einmal einen Anruf von einer Suchthilfe, wegen einer Kindeswohlgefährdung erhalten?

J: Das habe ich noch nie in meiner beruflichen Arbeit erlebt.

I: Danke für die Kooperation und die guten Antworten.

J: Gerne

## **Experteninterview Entzugsklinik**

Interview geführt am 27.04.11 von Jörn Unterburger und Michael Fischer, Dauer 57:08.

Interviewpartner: Sozialdienstkoordinator (Dipl.-Soz.Arb.) einer Entzugsklinik.

Das Interview ist ungekürzt und unredigiert, lediglich paraverbale Anteile wurden entfernt.

I: Haben Sie für den Bereich noch gezielte Zusatzausbildungen gemacht?

P: Für den Bereich Sozialdienst-Entzugsbehandlung ist keine Zusatzausbildung hier von der Klinik abverlangt. Wir haben Mitarbeiter die noch therapeutische Zusatzausbildungen gemacht haben, das ist dann für die Leute in der Reha erforderlich, weil wir hier im Entzugsbereich im engeren Sinne gar keine Psycho-Therapie machen, was wir alle hier haben ist Gesprächsführungstechniken, im Sinne von Weiterqualifizierung, aber nicht im Sinne von abgeschlossenen Zusatzausbildungen. Wir haben hier alle Motivational-Interviewing-Kurzausbildungen genossen, so in dem Sinne... das haben alle Mitarbeiter hier, nicht nur die Sozialdienste, weil wir gesagt haben, das macht hier einfach Sinn. Bei nem kurzen Behandlungsfenster braucht man ne schnelle Behandlungsmethode, die hilfreich ist, und das haben alle hier im Bereich. Ich glaube, es gibt einen Arzt, der das nicht hat.

I: Das ist hier also eine Standardfortbildung?

P: Genau. Eine bequeme Variante, weil der Chef-Arzt Trainer ist und uns die umsonst anbietet.

I: Gut. Bist du direkt rein hier in das Arbeitsfeld nach dem Studium?

P: Ich hab mein Anerkennungsjahr hier gemacht und bin dann hier hängen geblieben.

I: Wie lange ist das insgesamt?

P: Achtzehntes Jahr jetzt.

I: Und immer in der gleichen Funktion?

P: Nein, früher war ich Sozialdienstler, also Sozialdienstler auf einer Station, heute bin ich Koordinator der Sozialdienste, so wird das hier genannt, also ich leite die Sozialdienste für die Rehaabteilung und für den Akut-Bereich. Ausgenommen sind die Kollegen aus der Ambulanz, dann haben wir das aufsuchende betreute Wohnen noch, das hat ne eigene Leitung nochmal, und wir haben das sozio-therapeutische Wohnheim, das hat auch ne Heimleitung, der leitet das. Der ist da aber auch der einzige Sozialarbeiter.

I: Wie viele Mitarbeiter hat das Team also insgesamt?

P: Hier an Sozialarbeitern?

I: Ja.

P: Die darf man gar nicht als Team verstehen. Wir sind hier nicht aufgestellt, wie das in klassischen Krankenhäusern der Fall ist. Wir sind hier nicht in dem Sinne eine Funktionseinheit, ein Funktionsteam Sozialdienst, die sich zentral trifft und dann ausschwärmt, wir sind hier Stations- oder abteilungsbezogen. Wir vertreten uns zwar mittlerweile abteilungsübergreifend, aber jetzt für den Entzugsbereich sind wir mittlerweile leider nur noch fünf Sozialarbeiter.

I: Und wer sind die Adressaten der sozialarbeiterischen Tätigkeit?

P: Alle Patienten der Klinik.

I: Alle Patienten der Klinik?

P: Es gibt keinen Patienten, der nicht durch unsere Büros muss, dass hat was damit zu tun, dass wir hier ein unübliches Aufnahmeprocedere für ein Krankenhaus haben, wir haben hier nicht das klassische, wie wir das alle kennen, dieses man kommt rein, das erste was gefragt wird ist die Krankenkassenkarte, sondern das erste ist hier pflegerisch-ärztlicher Kontakt, Versorgung und Behandlung, und im nächsten Gang Sozialdienst, dann ist die Verwaltung ganz draussen im Prinzip, deshalb machen wir hier ein paar Verwaltungsaufgaben über den Sozialdienst mit, einfach auch generiert aus der Erkenntnis, das es uns nicht mehr gäb, wenn dem nicht so wäre. Wir haben letztes Jahr 97,4% unseres Klientels war SGB-II- oder SGB-XII-Leistungsempfänger. Die Leute die hier hin kommen sind konsumierend vor Aufnahme, das heißt, Meldeversäumnisse bei der ARGE, die zu rückwirkenden Abmeldungen bei der Krankenkasse führen, also viele, die mittlerweile ohne Krankenversicherungsschutz sind mittlerweile, da haben wir gesagt, da brauch man eh die Sozialarbeiter für, und dass initiieren wir dann, dass die wieder krankenversichert sind, einfach auch aus dem Grund, die Klinik braucht das Geld für die Behandlung, zum anderen auch weil wir meinen es gehört dazu, dass Menschen krankenversichert sind.

I: Und wie viele Patienten sind das insgesamt hier?

P: Ich kann lediglich was über Behandlungen sagen. Im Jahr, oder was?

I: Nö, aktuell.

P: Hier auf den Entzugsstationen sind maximal 50 Patienten insgesamt, aufgeteilt auf drei Stationen. Im Schnitt sind es 42 und 1.300 Behandlungen im Jahr.

I: Du hattest eben davon gesprochen, dass die Behandlung wichtig für die Finanzierung ist. Wie finanziert sich denn die Klinik insgesamt hier im Einzelnen?

P: Über Krankenkassen. Das hier ist ein klassisches Versorgungs-, also Pflichtversorgungsinstrument übers SGB V, wir haben nen Versorgungsauftrag für den gesamten Rheinisch-Bergischen Kreis, für das rechts-rheinische Köln, sind für PsychKG-Aufnahmen zuständig, und im Prinzip ganz einfach krankenversicherungsfinanziert.

I: Und das ist dann auch immer der Kostenträger?

P: Genau. Wer keine Krankenversicherung hat ist für uns immer erstmal unter dem Aspekt ein schwieriger Patient, es gibt nur ganz wenige Fälle wo der überörtliche Sozialhilfeträger überhaupt noch in Frage kommt. Asylbewerberleistungsgesetz spielt noch ne Rolle, das sind gut 10 Behandlungen im Jahr. So gut wie zu vernachlässigen sind private Krankenversicherungen. Die tauchen drei bis fünf mal im Jahr auf, häufig nicht finanziert. Die schließen gerne Suchterkrankungen aus.

I: Und der Klientenschlüssel zum Sozialarbeiter wäre dann quasi 42 zu 5?

P: Das kann man nicht so übernehmen. Also es gibt für diesen Bereich, das gilt hier als psychiatrische Akut-Station, da gibt es ne Personalverordnung. Die sieht ganz klar vor, wie viele Minuten eine Pflegekraft pro Patient aufzuwenden hat, ein Arzt aufzuwenden hat, ein Sozialarbeiter aufzuwenden hat. In einem somatischen Krankenhaus, wie das Krankenhaus Merheim zum Beispiel, ist der Schlüssel 1 zu 450. Das heißt, auf 450 Patienten kommt da ein Sozialarbeiter. Da aber natürlich Patienten wie wir, wenn die sich ein Bein brechen, die brauchen den Sozialdienst nicht. Hier haben wir aber wie gesagt 100% Klientel, was einen Sozialarbeiter gebrauchen kann. Wir sind hier nach dieser Psychiatriepersonalverordnung sozialdiensttechnisch besser ausgestattet, als das da vorgesehen wird. Das ist historisch gewachsen, wie gesagt. Diese Verwaltungsaufgaben, die wir hier übernehmen, das denkt natürlich kein Mensch, das wir das machen. Wenn wir hier in der Pflege, die klassischer Weise mehr Frauen als Mitarbeiter hat als Männer, wenn hier ein großes Drogenscreening läuft, die Nachtwachen kennen das, dann muss man als Mann halt mal mit. Weil unter Sicht, das ist sowohl für die Kolleginnen unangenehm wenn die mit müssen, dass ist auch für die Männer unangenehm, das machen dann halt mal wir. Dass denkt kein Mensch, der so ne Verordnung schreibt, dass wir so was machen. Das denkt auch kein Mensch darüber nach, wer an Arbeitskreisen außerhalb der Klinik teilnimmt, die nicht in direktem Patientenkontakt stattfinden. Jetzt hab ich schon gesagt, wir haben Pflichtversorgung für den Rheinisch-Bergischen Kreis und für rechts-rheinisch Köln, das heißt wir tanzen auch immer noch auf zwei Hochzeiten. Weil eins ist hier nicht nur durch den Chefarzt, sondern eins ist hier für jeden klar: Ohne Netzwerkarbeit funktioniert das gar nicht, und schon gar nicht bei immer kürzer

werdenden Behandlungsdauern. Wie sind auf gute Kooperationssysteme angewiesen, und die funktionieren nur gut, wenn man sich auch mal sieht und nicht nur telefoniert. Dann sind wir ne geschlossene Klinik, dass heißt Kontakte finden da statt, wo sich der Klient aufhält, wir sind quasi mit eingesperrt hier, dass heißt wir müssen aktiv raus gehen zur Beratung. Alle erfahren Verknappung. Früher kam der Drogenberater hier her, wenn es denn einen gab, heute hat der da gar keine Zeit mehr für. Wir würden uns alle untereinander gar nicht mehr kennen, wenn nicht traditionelle Träger wie Drogenhilfe, SKM und so an Netzwerkarbeit interessiert wären. Deswegen ist der Schlüssel hier mit 5 deutlich über dem was die Psychiatrieverordnung vorgibt. Ich glaube wir wären unter drei, wir hätten vermutlich nicht mal für jede Station einen, laut dieser Verordnung. Und jetzt rechnen wir so ein paar Dinge raus. Wir haben hier zwar schon recht viele Entzugsbetten, aber es gibt mehr Anfragen, als wir Kapazität haben, das heißt, die Leute melden sich hier telefonisch an. Wir versuchen, also das Dogma, das über dieser Klinik schwebt, so ein bisschen, ist das Dogma der niedrighschwelligen Zugänge. Niedrighschwelliger Zugang und dann hochschwellige Arbeit, könnte man sagen. Das heißt in Behandlung zu kommen soll für den Patienten möglichst einfach sein, mit möglichst wenig Hürden verbunden, das heißt erstmal ankommen und dann schauen, wie es weiter geht. Man kann sich telefonisch anmelden, man muss hier nicht persönlich vorbeigekommen sein. Uns reicht, dass es draußen einen Arzt gibt, der ne Einweisung schreibt. Wir haben hier ne Wartezeit von pi mal Daumen drei Wochen immer noch, leider. Zweieinhalb Stunden am Tag sitz ich hier nur am Telefon, dass sind keine lustigen Gespräche. Die wollen alle nur rein hier. Aber allein diese zweieinhalb Stunden sind nur Aufnahmeplanung mit den Klienten, außerhalb dieser Zeit kommen dann die ganzen Substitutionsambulanzen, die ganzen niedergelassenen Ärzte, die ganzen Beratungsstellen, die ja auch alle noch Klienten haben, wo die sagen, der muss jetzt rein, und zwar spätestens gestern. Das ist Zeit, die läuft ja normalerweise auch nicht über den klassischen Sozialdienst. Das müsste man bereinigen, so dass man sagen könnte, reine Sozialdiensttätigkeit im klassischen Sinne, wenden wir hier so drei Stellen auf.

I: Das ist hier ja ne recht große Einrichtung. Welche Professionen sind hier noch vertreten neben den Sozialarbeitern?

P: Pflege, also man muss hier immer trennen, wir haben hier einmal den Entgiftungsbereich, das ist der Krankenhausbereich, und dann haben wir den Rehabereich. Dadurch bedingt sich auch, dass die Berufsgruppen, die abgefragt werden, andere sind. Hier ist Pflege, Mediziner, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, Kunsttherapie und Sprottherapeut. Früher hatten wir noch ne Tanztherapeutin hier, das war bei unserem Klientel schwierig – aus zwei Gründen. Zum einen war das zu sehr auf das innere, den eigenen Körper bezogen, das andere war, dass unsere Jungs überwiegend sowas... ja...



die haben's nicht so mit dem Tänzchen, sondern die mögen das je nach Gruppe... also es gibt da Phasen, da haben wir siebzig, achtzig Jahre JVA-Erfahrung auf ner Station, da ist es schon mal eher angebracht, dass der Sporttherapeut schon mal mit denen Boxen macht in der Halle. Der macht von Entspannungsübungen, Boxen, Fahrradfahren, der macht alles. Alles das, was gerade gebraucht wird, muss man sagen. Dann darüber hinaus werden Ärzte, Fachärzte natürlich, Psychiater haben wir hier auch, in den Rehaabteilungen Psychologen und da auch jede Menge Sozialarbeiter mit therapeutischer Zusatzausbildung dann. Überwiegend mittlerweile eigentlich.

I: Was sind das dann für Zusatzausbildungen?

P: Anerkannte suchtspezifische, suchtttherapeutische Zusatzausbildungen. Das ist so ein bisschen Mainstream geworden. Früher waren das überwiegend Psychologen, und dann hat man sich irgendwann gesagt, naja, die Sozialarbeiter mit Zusatzausbildung, die kosten uns zwei Gehaltsgruppen weniger, das ist überall heute so. Es gibt ein paar Kliniken, die machen das mit Psychologen im Praktikum, die sind noch günstiger.

I: Wie viele Mitarbeiter sind das insgesamt hier?

P: Insgesamt sind das, für die gesamte Klinik aufgeschlüsselt, auch die studentischen Nachtwachen, sind es aktuell nicht ganz 130. So um die 130 bewegt sich das immer. Es gibt einen Bereich, da sind viele Köpfe, die man gerne als Mitarbeiter zählen will, die aber arbeitsrechtlich nicht als Mitarbeiter gelten, das ist das aufsuchende betreute Wohnen. Da arbeiten dann Leute auf Honorar, die sind aber keine Mitarbeiter. Die sind ja eher Sub-Unternehmer. Ist einfach so. Hat man sich zu entschieden, das so zu machen, machen alle irgendwie, ist aber eher schwierig.

I: Dann zu nem Thema, das du schon angesprochen hattest: Kindeswohlgefährdung. Habt ihr da schon mal Erfahrungen gemacht, mit dem Thema Kindeswohlgefährdung im Familiensystem der Klienten?

P: Sagen wir mal so. Wir machen insofern Erfahrung mit dem Thema Kindeswohlgefährdung, als dass wir uns irgendwann mal damit beschäftigt haben, inwieweit wir denn davon betroffen wären. Es gab ja irgendwann mal so ne Änderung im Kinder-Jugend-Hilfegesetz hieß das damals, ich weiß gar nicht, ob das heute noch so heißt, dieser Paragraph 5 war das, der auch solche Fachkräfte vorsah, und der Suchthilfe ins Boot nehmen sollte, im Prinzip um sich verantwortlich zu fühlen, und um zur Rechenschaft gezogen werden zu können, wenn Kindeswohlgefährdung auftaucht irgendwo. Wir sind im paritätischen Wohlfahrtsverband organisiert, es gab eine Beratungsstelle, aus Recklinghausen meine ich, die von der Kommune auch so nen Vertrag vorgelegt bekam und direkt ne Fachstelle dafür wurde. Alle bekamen Angst, weil

die Suchthilfe war es gar nicht gewohnt, mit der Jugendhilfe was zu tun zu haben, weil Suchthilfe war es lediglich gewohnt, von der Jugendhilfe mal angefragt zu werden, könnt ihr uns zum Thema Sucht mal schulen? Ja, die Jugendhilfe hatte uns gegenüber immer so das ansehen, wir haben davon keine Ahnung, ist uns alles viel zu schwierig, helft uns doch mal. Das Thema, was immer was schwierig war, war Sucht. Sucht und Kinder war dann eher immer das Steckenpferd der Caritas oder des SKM, Kinder aus suchtbelasteten Familien, das waren aber immerhin immer die, die irgendwie bekannt waren, die identifiziert waren, die von ihren Eltern auch zu Gruppen gebracht wurden, oder die zumindest gelassen wurden, um die musste man sich ja eigentlich eher weniger Sorgen machen, weil die waren ja gesehen. Problematisch war ja aus unserer Sicht hier in der Entzugsklinik eher immer schon die Kinder, von denen wir Kenntnis bekommen, dass es die gibt, und der Elternteil sitzt vor mir, und ich hab zu dem Zeitpunkt keine Ahnung, wo die Kinder sind. Wenn der dann nicht kooperativ ist, habe ich ein Problem. Wenn der mir jetzt sagt, die sind bei der Mutter, bei der Freundin, bei der Oma, und die sind da gut aufgehoben, dass kann ich glauben, kann stimmen, muss aber nicht stimmen. Wir haben ein Überprüfungsproblem, was das angeht. Das Thema was wir besser angehen können, ist, wenn die Leute im Hilfesystem sind, und die meisten sind irgendwie im Hilfesystem, dann können wir über die Drogenberatung nachfragen, ob die Versorgung der Kinder gesichert ist. Bei den Substitutionsambulanzen ist das in der Regel ganz gut und verlässlich recherchierbar. Wir können beim Jugendamt natürlich nachfragen, unter Missachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen, wie sieht's denn aus, ist die Familie in Unterstützung bei ihnen, wir sagen dann schon mal, wir haben hier jemanden, könnte man da nicht sozialpädagogische Familienhilfe initiieren? Dann sagen die oft, wieso, da sind wir doch schon drin, das läuft doch ganz gut, dann sind wir auch wieder beruhigt. Für Köln, und das macht 80% unserer Klienten aus, da haben wir ne Drogenkoordinatorin, die Frau Schmeisser, die kennt ihr ja sicherlich, da haben wir so ein Agreement das wir, wenn hier ne Schwangere auftaucht, das wir auf jeden Fall Kontakt mit der aufnehmen und hören, ob denen schon bekannt ist, dass wieder ne schwangere Drogenabhängige gibt hier in Köln, dass wir versuchen zusammenzuführen, wo ist die gynäkologisch betreut in der Schwangerschaft, wer kümmert sich aus der Sucht, wer kümmert sich aus der Jugendhilfe. Die Grundidee der Kölner war, zumindest so weit wir als Klinik da ne Rolle mitspielen sollten, die Kinder schon vor der Geburt mitzukriegen, und dann frühzeitig da mit im Boot zu sein. Das läuft an sich ganz gut, wie wir meinen, über die Frau Schmeisser. Dann gibt's ein... oder gab es... ein Netzwerk Jugendhilfe, von Frau Baars initiiert, vor 15 Jahren, da wurde ins KJHG der Auftrag der Suchtprävention rein geschrieben, und die Personengruppe bis 26 sollte der Jugendhilfe bei Suchtproblematiken kostenlastig zugewiesen werden, dass führte dazu, dass in Köln aus Töpfen der Jugendhilfe auf einmal Gelder für Präventionsprojekte an die Träger gab, und

das führte dazu, dass Frau Baars einen Arbeitskreis gründete. Daraus entstand dann seinerzeit die Beratungsstelle BisS, weil die Jugendhilfemitarbeiter dann sagten, naja, wir haben da einen hier, der nimmt Drogen, und wir wissen gar nicht, wohin mit dem, an wen wir uns wenden können, dann haben die BisS gegründet, auch paritätisch besetzt SKM und SKF, und dann hat man sich ein Jahr später wieder getroffen, und dann haben die genau das gleiche immer noch gesagt. Also die hatten genau das gekriegt, was sie wollten, sie wussten nur nicht, dass es das gab. Die Kommunikation ist echt schwierig in so nem Amt. Da braucht man ein Netzwerk, und das hat die Baars verdammt gut am laufen gehalten ne Zeit lang, aber im Zuge der Mittelkürzungen haben die sich immer mehr wieder auf ihr Kerngeschäft, und vor allem auch die Prävention wieder beschränkt. Dann haben wir Berührungspunkte allenfalls zu so Institutionen die sich um Jugendliche kümmern, wo wir über Kindeswohlgefährdung schon fast gar nicht mehr reden, aber im Prinzip fallen die da ja auch noch drunter, die Vierzehnjährigen. Das waren dann aber auch im Prinzip die schon bekannten, zum Beispiel über die Brücke. Wir sind ja ne Einrichtung, die erst ab 18 Jahren regelhaft aufnimmt und nur in Ausnahmefällen Minderjährige. Wen wir hier nie aufnehmen würden, wären die 11-, 12-, 13-jährigen, das machen wir hier gar nicht. An sich ist es hier so, dass alles, was wir über Kinder erfahren, wir versuchen, im Hilfesystem rückzukoppeln, ist es bekannt, dass es da Kinder gibt, und hat irgendeiner ne Idee, wie die versorgt sind. Früher gabs hier ne völlige Kontaktsperre zu angehörigen, außer telefonisch, wir haben das irgendwann geändert, die Leute dürfen jetzt Besuch hier haben, insbesondere wenn es Kinder gibt. Dann haben wir auch die Telefonregelung geändert, dass es häufigere Telefonate mit den Kindern geben kann, nicht weil wir meinen, die Kinder brauchen das immer. Wir haben so nur überhaupt ne Idee mitzukriegen, was mit den Kindern eigentlich ist. Gibt es die wirklich? Sind die erreichbar? Sind die versorgt? Schön wär, wenn wir mehr so fremdanamnestisch arbeiten könnten. Wenn man Partnerinnen mehr mit einbeziehen könnte, beispielsweise. Ganz früher haben wir hier, das weiß ich noch, Jugendhilfekonferenzen abgehalten. Da kam dann einer vom Jugendamt vorbei, da kam dann der Drogenberater, da hat man Hilfepläne erstellt, die in der Regel aus der Sicht des Klienten aber nur einem Ziel dienten, nämlich Vermeidung der Herausnahme des Kindes. Das hat mit zunehmender Berufsdauer, nicht nur auf Grund von Resignation, noch mal ein anderes Gewicht bekommen. Heute denken wir, oder ich, häufiger, es ist nicht das schlechteste.

I: Wird das direkt gemacht, im Hilfesystem nachgeforscht, oder sagt ihr, da gibt es bestimmte Kriterien, an denen ihr festmacht, dass da eine Kindeswohlgefährdung vorliegt?

P: In der Regel mache ich das vor Aufnahme schon. Also wie gesagt. Die meisten kommen ja nicht als Notaufnahme hier hin, sondern die melden sich über die Warteliste

an. Wenn dann während des Verfahrens der Aufnahmeplanung, da fragen wir ja ne ganze Menge Daten ab, wenn dann deutlich wird, da gibt es Kinder, dann wird dann da schon auf jeden Fall gefragt, wie sind die Kinder denn versorgt. Wenn es denn da keine plausible, überzeugende, glaubhafte Antwort gibt, dann wird während der Zeit schon, ohne, dass wir wissen, der Patient oder die Patientin kommt wirklich irgendwann hier an, wird geguckt, wie kann man das denn unterstützend in die Planung bringen, dass die Kinder überhaupt mal versorgt sind. Wir haben immer mal wieder Klienten oder Klientinnen, die so ne Aufnahme immer weiter nach hinten schieben, weil sie sagen, meine Kinder sind nicht versorgt. Jetzt könnte man einerseits sagen, naja, die kümmert sich darum, das ist ihr wichtig, andererseits kümmert die sich nicht so darum, dass sie irgendwann in nem Zustand ist, dass die die gescheit versorgen kann, und da hören wir uns dann auch um. Da versuchen wir so Sachen, da in der Gereonstraße, da gibt's ja dieses Clearing-Wohnen vom SKF, was ursprünglich mal angedacht war nur für Schwangere oder welche, die gerade entbunden haben, die haben dann aber auch schon mal Leute aufgenommen, die größere Kinder haben, weil die meisten sind dann soch so... Diese Nummer, Therapie und Kind mitnehmen, funktioniert so gut dann doch meistens nicht. Auch da haben wir ne sehr andere Haltung mittlerweile zu.

I: Jetzt mal allgemein das Thema Kindeswohlgefährdung: Wie gut fühlst du dich da durch das Studium und durch Fortbildungen ausgebildet, das auch erkennen zu können?

P: Sagen wir mal so. Durch das Studium gar nicht, und durch Fortbildungen, da würde man hier keine Rückschlüsse auf die Allgemeinheit der Sozialdienstmitarbeiter schließen können. Das ist sehr unterschiedlich. Das hat was damit zu tun, wer zu welcher Tagung entsandt wird, dass wird dann hier zwar multipliziert, aber das erschreckende ist da an sich, dass es eine ganz breit gefächerte Ansicht von Kindeswohlgefährdung gibt. Das, wenn man differenziert, was wir da unter Kindeswohlgefährdung verstehen, ist das ja was ganz anderes, als was der Durchschnitt im rechtsrheinischen Köln unter Kindeswohlgefährdung verstehen würde. Da liegen Welten dazwischen. Ob ich es jetzt als kindeswohlförderlich erachte, dass mein Kind von morgens acht bis abends acht RTLII guckt und dabei Junk-Food isst, da werden wir hier als Mitarbeiter alle ne ähnliche Haltung zu haben, das finden wir nicht so toll. Juristisch wird uns nie einer bestätigen, da geht's um Kindeswohl. Sondern da gilt die erzieherische Freiheit der Eltern. Wir sehen die Kinder ja faktisch so gut wie nie, also wir sehen die weder bei gutem, noch bei schlechtem Wetter, und die klassischen Beispiele, die man so für Kindeswohlgefährdung im Kopf hat, zum Beispiel Schneefall und keine Strümpfe in den Sandalen, das kommt allein aufgrund des Settings hier nicht zum Tragen, weil Kinder selten hier auftauchen. Wir sehen eher schon mal Kinder von Klienten bei Nachbehandlungen hier, wenn die mit Kinderwagen über den Neumarkt fahren, und man selber in der Stadt wohnt, und die da zur Ambulanz

gehen, aber das ist ja auch noch nicht direkt Kindeswohlgefährdung. Das ist meiner Meinung nach das größte Problem beim Thema Kindeswohlgefährdung, das über das, was man fühlt, und das juristisch Kindeswohlgefährdung ist, dass man über solche Pole spricht, das gibt Teamdiskussionen, die sind unsäglich dann.

I: Werden denn Fortbildungen zum Thema intern angeboten?

P: Intern zum Thema Kindeswohlgefährdung nicht. Das ist halt gar nicht so unser Steckenpferd, wir haben ja im Rahmen der Trägerschaft eine Entsprechung in Marienheide, die ne Kinder- und Jugendpsychiatrie haben, und die Kinder und Jugendliche entgiften, dann gibt's hier nebenan ja auch in Holweide die Psychiatrie, die auch Betten für suchtkranke Kinder und Jugendliche haben, da gibt's zarte Kontakte zweimal im Jahr, das hängt am ehesten... wie soll ichs sagen... Ist ne Kollegin schwanger, interessiert sie sich auch plötzlich mehr für das Thema Kindeswohl und suchtkrank. Das hat auch immer was mit den eigenen Lebensumständen, glaub ich, zu tun. Wenn man mit nem Thema berührt ist, dann ist die Antenne anders draußen. Hier spielt einfach nicht so oft ne Rolle. Wir haben kaum Klienten, die nicht aus dem Hilfesystem kommen.

I: Die meisten sind vernetzt.

P: Die meisten sind vernetzt, und die, die nicht vernetzt sind, sind eingebunden, wenn sie hier raus gehen. Das andere Dogma vom Chef-Arzt, neben aller Niedrigschwelligkeit, ist, kein Patient ohne Anschlusslösung. Nur deswegen gibts uns über dem, was die PsychBV hergibt. Jeder Patient soll danach ein Angebot aus dem Hilfesystem kriegen. Und wenn der zu nichts bereit ist, dann ist es so, dass ich wenigstens sag, Donnerstag lass ich mal einen aus der Ambulanz mal wenigstens rüber kommen, damit sie den schon mal gesehen haben, und am Tag nach ihrer Entlassung haben sie einen Termin, gehen sie doch wenigstens mal hin, und entscheiden dann, dass es Käse ist. Aber in der Regel, irgendwo im Hilfesystem sollte hier jeder andockt werden. Ambulant aufsuchendes betreutes Wohnen, die vermeintliche alltags und allzeitlich anzuwendende Waffe des Hilfesystems, die hilft da natürlich auch schon mal.

I: Du hattest ja auch eben schon mal eine Kinderjugendschutzfachkraft angesprochen, die ja nun auch ins Gesetz installiert wurde. Besteht da Kontakt zu einer?

P: Ne

I: Und es ist auch nicht geplant, so etwas zu installieren?

P: Nein

I: Gut, jetzt haben wir ja schon oft über das Hilfesystem gesprochen, hier in Köln, schon viele Einrichtungen genannt, wie seht ihr da eure Rolle?

P: Ich sag da noch eins zu dieser Kinderjugendschutzfachkraft. Ich glaube, dass viele Sozialarbeiter danach auch nicht fragen, aus der Sorge heraus, dass sie den Part nachher am Bein haben. Ja, weil wir sind schlecht ausgebildet dafür, wir sind schlecht gebrieft dafür, wir sind da, zum Teil haben wir ja auch Kolleginnen, die vor einem Jahr ihren Bachelor gemacht haben und theoretisch an der Ausbildung noch nah dran. Jetzt könnte man theoretisch sagen, wir sind doch eigentlich gut upgeratet und die graten uns auch up mit aktuellem Wissen. Aber wir erfahren da eigentlich so, die wissen nicht viel mehr Neues, mehr wie wir, die schon länger raus sind. Die wissen sogar von dem Alten sogar manchmal weniger, weil sie weniger Zeit dafür hatten. Das ist ein Gebiet, was doch relativ sehr speziell ist und mit hoher Verantwortung einhergeht. Was wir alles hier wissen ist, dass die im ASD, die in einer Kinderjugendschutzstelle beschäftigt sind, zwei Gehaltsgruppen besser bezahlt werden als wir und dass die auch ne Menge mehr Verantwortung haben als wir. Und ich glaube, dass hat was damit zu tun, dass man gerade in Zeiten, wo die Kevins aus Bremen Thema waren, dass man da sagt, das soll hier nicht passieren. Da wollen wir nichts mit zu tun haben, dass so was hier passiert und ich will schon gar nicht dafür verantwortlich sein. Und ich weiß, ein Träger, ich mein die Drogenhilfe, die hat diese Schutzbeauftragtenkräfte schulen lassen oder hat eine eingerichtet. Und das ist schwierig, da überhaupt Leute zu gewinnen, die das dann auch noch machen sollen. Und wir kommen ja faktisch, man muss sich das ja mal vorstellen, wir kommen ja faktisch relativ wenig mit den Kindern in Kontakt. Das ist anders, als wenn wir hier ne 100 Plätze Substitutionsambulanz hätten, da würden wir ziemlich sicher sofort sagen, alle die Kinder haben, sollen ihre Kinder mindestens einmal die Woche mit zur Substitutionsvergabe bringen, damit wir diese auch mal sehen. Da gibt es ja am Niederrhein diese Programm Fit Kids, was der Kamps da gemacht hat. Da ist das im Behandlungsvertrag drin, dass die die auch mal mitbringen müssen. Hier ist das natürlich nicht so. Hier guckt man eher, dass Mutter und Vater zu ihrem Gespräch in der Ambulanz alleine kommen damit man ne dreiviertel Stunde kooperiert. Mit einer Dame aus dem Rhein-Sieg Kreis, die hat mal so aus EU Fördermittel so ein Projekt gemacht. Das macht die Achenbach. Kennt ihr die?

I: Vom Namen glaub ich

P: Das Dilemma ist, die kümmert sich um Suchtkranke, überwiegend Frauen und macht Psychotherapie mit denen, aber nur für Leute, die Kinder haben. Und die bekommt aus der Sucht gar kein Geld, sondern macht das über sozialpädagogische Familienhilfe. Eigentlich macht die aber eher Suchthilfe. Aber die macht dann halt so ne Kombi. Die geht dann mit denen auf den Spielplatz und beobachtet da die Interaktion zwischen

Mutter, Vater, Kind und abends macht die ihre Psychotherapie, wenn die Kinder schlafen, dann mit denen dann in der Familie. Hohes Engagement, muss sich dann auch dennoch rechnen, aber sind so Inselprojekte, die hat so fünfzehn Klienten. Und dann im Bereich BeWo haben wir dann natürlich Dagmar Schroppe, die hat nen eigenes BeWo ja gemacht und die hat ne sozialpädagogische Familienhelfestelle mittlerweile da mit dran. Und wenn man dann Leute hat mit Kindern, die nicht angebunden sind, da ruft man dann die Dagmar Schroppe an, die hat ihren Fuß im Jugendamt drin, und die macht beide Seiten dann.

I: Und wie seht ihr genau Eure Rolle im Hilfenetzwerk? Netzwerk herstellen und Anlaufstelle, habe ich jetzt so wahrgenommen?

P: Im Prinzip sind wir ja hier, was den Akutbereich angeht, so ne Zwischenstation. Manchmal sind wir erste Station, manchmal sind wir auch wieder letzte Station. Also ist ja einfach so, wir haben ja mal lange Zeit gedacht, so was wie unser soziotherapeutisches Wohnheim fehlt in der langen Kette der Hilfsangebote für Suchtkranke. Es gibt welche, die haben dann irgendwann mal Therapie und kommen trotzdem nicht klar, man bräuchte so was für Dauerwohnen noch. Und dann stellt man fest, es gibt Leute, die selbst mit so einem Rahmen überfordert sind. Die fliegen da raus oder hauen da ab. Wo tauchen die auf? Die tauchen hier wieder auf. Eigentlich da, wo der Startschuss sein sollte, ist auf mal wieder der Endpunkt. Und dann stellt man fest, man hat wieder nichts für die. Aber wir sehen uns am ehesten als Bindeglied, wo man dann noch mal zur Ruhe kommt, im klaren Kopf, vor allen Dingen für so 3-4 Tage. Wo man dann gucken kann, was gibts denn aus dem bunten Strauß der Hilfsangebote zum gegenwärtigen Zeitpunkt am wahrscheinlich passenden für mich. Das kann genau das sein, wo ich hergekommen bin, Beikonsum und wieder zurück in die Substitution. Mann kann aber auch fragen, fünfmal so probiert und warum so weiter, wieso denn nicht mal Reha, warum nicht stationäres Wohnen, warum nicht ambulant? Warum nicht überhaupt was ganz anderes? Nein, wir sehen uns eigentlich so als ein Stück weit als Clearingstelle für die weitere Behandlung. Und als Überlebenshilfe schlichtweg. Hier kommen ja auch Leute hin, die sagen, diese ganzen Klienten, die nennen das Venenkur. Es gibt immer im Schnitt ein bis drei unter den fünfzehn, die wollten nicht abstinent leben, die treffen nur keine Vene mehr, die brauchen nur 1-2 Wochen Pause, damit die Venen sich erholen und dann können sie wieder raus. Da haben wir keine Scheu, dass es die gibt. Da meinen wir, in den drei Wochen, in denen die hier sind: A: überleben die wahrscheinlicher, als wenn sie draußen sind und B: in den drei Wochen haben wir Kontakt mit denen.

Da gibt es auch einen, der sagt, dass war mein Plan und es kommt anders. Genauso gibt es auch Leute, die wollten in Therapie gehen und es kommt anders. Es geht in beide Richtungen, dass sich Meinungen ja auch ändern, je nach Gemütszustand.

I: Entspricht das auch der Stellenausschreibung oder der Konzeption – diese Rolle im Hilfesystem, die du gerade beschrieben hast oder gehen da die Vorstellungen auseinander?

P: Ne, dass entspricht schon der Konzeption auf jeden Fall. Und die Stellenausschreibung kenn ich nicht. Also meine Stellenbeschreibung die kenn ich, die habe ich vor kurzem selber machen müssen für die KTQ Zertifizierung. Aber für die Sozialdienststellen, sagen wir mal so, gibt es auch ne offizielle, die weitestgehend gesteckt ist, weil die ist im Prinzip, nachdem die Stellen jetzt über 15 Jahre jetzt so gelaufen sind, sind die Stellenbeschreibungen irgendwann so geschrieben worden.

I: Dann noch mal zurück zum Thema Kindeswohlgefährdung: Gibt es denn einen Ablaufplan hier von der Klinik, was zu tun wäre, wenn die Indikatoren, die wir besprochen haben, vorliegen.

P: Sagen wir mal so; aufgrund der hoch seltenen Fälle, wo hier Kinder überhaupt ein Thema sind oder überhaupt ne Rolle spielen, gibt es hier keinen standardisierten Ablaufplan Schema F. Weil, wenn es in fünf Jahren drei Fälle gibt, wo wir uns hier über Kinder mehr Gedanken machen müssen oder Sorgen machen müssen, dann haben wir noch darüber hinaus noch das Problem, dass das eine in Düsseldorf gerade ist, das andere aus Bergisch Gladbacher ist und das andere ein Kölner Kind ist. Und das ist alles so wenig tagesaktuell und tagesrelevant das Thema hier, dass hier eigentlich die Regel ist, dass wird auf dem kurzem Dienstweg mit mir und dem Chefarzt besprechen, wie wir vorgehen. Und wir haben da überhaupt keine Scheu einfach andere Fachleute anzurufen und sagen, helft uns, was machen wir jetzt am besten. Und wir besprechen uns, wenn es nen Kölner ist mit der Frau Schmeisser oder ich ruf die Frau Barst an, meinetwegen. Und wenn es nen Düsseldorfer ist, mach ich genau das gleiche, um dann in Düsseldorf zu fragen, wer ist das bei euch, wie komm ich an den dran? Und zu Bergisch Gladbach, zum Kreis, da haben wir dann den Vorteil A: kenn wir die Psychiatriekoordinatoren ganz gut, die Frau Dillmann und B: haben wir hier mit der Caritas, das ist ja hier anders organisiert in Rhein-Berg, die eine Hälfte des Kreises hat die Caritas, die andere Hälfte dann Richtung Remscheid hat die Diakonie. So dann für uns überwiegend hier die Caritas, die haben ne Jugendberatungsstelle. Da gibt es Fachkräfte auch diese Fachstelle. Da ruft man an und da hilft man sich gegenseitig.



I: Sind darüber hinaus noch andere Kontakte im Hilfenetzwerk, bis auf die zahlreichen, die wir schon gehört haben, die dir noch einfallen?

P: Bzgl. Kindeswohl?

I: Genau

P: Ne

I: Dann allgemein zum Thema Kindeswohlgefährdung, eine Einschätzung von Dir. Was müsste passieren, damit so eine Kindeswohlgefährdung auch besser erkannt wird?

P: Hab ich keine Ahnung. Hab ich keine Ahnung. Ich glaube, es müsste eine Sache passieren. Aber die bezieht sich dann nicht ausschließlich auf Kindeswohl. Es müsste souveränere Sozialarbeiter, Mediziner, Pfleger und überhaupt Mitarbeiter im Suchthilfesystem geben, die sich trauen, Leute zu fragen, wo ist ihr Kind, wie ist es versorgt, bring es doch mal mit. Ja, und nicht nur erzählen lassen, dass alles in Ordnung ist. Die Scheu, Klienten mit na Nachfrage zu verbannen oder zu verprellen, die ist sicherlich nicht ganz unberechtigt. Weil, das Hilfesystem ist so gut aufgestellt. Es gibt Suchtkranke, die kennen mehr substituierende Ärzte als ich und die nehmen an keinem Arbeitskreis teil. Ja, aber, die kennen die sogar aus der Vergabe. Da fliegt er da raus, dann geht er drei Häuser weiter zu dem nächsten in die Substitution. Und das heißt, die Abhängigkeit vom Hilfesystem ist gerade für den Kölner Raum für den Klienten gar nicht mehr so groß. Weil, der hat Auswahlmöglichkeiten, wie wir das aus dem medizinischen Bereich gar nicht kennen. Weil, ich habe weniger Wahlmöglichkeiten trotz Wahltarifen. Dann ist es einfach so, dass alle Suchthilfeträger, das würd ich auch öffentlich sagen, heute Klienten nicht verlieren wollen. Da hängen Arbeitsplätze dran, da gibt's auch ne Verantwortung gegenüber Mitarbeitern. Und das ist abhängig von Klientenzahlen. Und ne Klinik, wenn jetzt hier eine Station immer leer wäre, dann bräuchten wir nicht nur ein Drittel weniger Nachtwachen, dann hätte man auch insgesamt ein Drittel weniger Arbeitsplätze. Und wir sind interessiert, gut zu sein und immer so im Netzwerk zu agieren, dass wir auch immer Klienten haben. Jetzt müssen wir uns da nicht viel Sorgen machen, denn wir haben immer noch ne Warteliste, leider. Aber, es gibt Leute, vielleicht auch aus der Sorge der Überforderung heraus, dass wenn der Klient mir dann sagt, mein Kind ist 11 und ist allein zu Haus und zweimal die Woche küßt die Oma, die auch was konsumiert und schaut aber nach dem Rechten und bringt dem ne Alditüte vorbei. Da habe ich das nächste Problem: jetzt weiß ich es, jetzt muss ich mich drum kümmern. Und jetzt muss ich mich damit befassen, wie kann ich das denn tun, wenn ich hier arbeite oder wenn ich inna Beratungsstelle arbeite und eigentlich ja gar nicht weg kann, auf Face to Face Honorar runter gebrochen bin als Mitarbeiter? Das Dilemma der sozialen Arbeit ist ja, dass wir von der Fürsorge weg sind. Fürsorge hat ja was damit zu tun, dass ich ne Leistung erbring,

die nicht kalkulierbar ist und sich nicht zwingend rentieren muss. Eigentlich auch Caritas generiert dieser Begriff, sich um jemand nähere sorgen, um ihn kümmern. In Zeiten von Face to Face Honorar ist das eigentlich gar nicht mehr möglich. Der BeWo-Mann kann sich nicht unbedingt um das Kind kümmern, weil der kriegt nur die Stunde bezahlt, wenn er ne Fachleistungsstunde mit dem Klienten, für den es nen Hilfeplan gibt. Ich kann mich nur um die kümmern, wo es um ne medizinische Behandlung geht. Und da ist das von individuellen Engagement und ja nen Stück weit ja auch davon abhängig, was traut man sich zu, Wenn es für den Klienten unangenehm ist, wenn er es verheimlichen will, läuft man potenziell auch Gefahr, dass größte Arschloch zu sein. Das machen Berufsanfänger eher ungern. Weil am Anfang wollen wir alle die Rückmeldung haben, dass wir gut warn. Wir haben gestern hier noch so ne Sondergruppe gehabt, die hat der Chefarzt abhalten müssen, weils hier eskalierte und der hat gesagt, wenn ich nie ne Beschwerde über nen Mitarbeiter kriege, dann mache ich mir Sorgen, ob der noch richtig arbeitet. Und wenn ich öfters eine kriege, dann bin ich mir sicher, der hält sich an die Regeln. Und das kannst du als Nachwache nur bestätigen können. Die Nachwache, die sagt, nix rauchen hier, der hat mehr Stress als der, der sagt, geh rauchen.

I: Anschließend die Frage, vielleicht mal aus der Brille der Familien- und Jugendhilfe gesehen. Was müsste passieren damit eine Suchterkrankung im Familiensystem besser erkannt wird?

P: Ich glaub, da muss gar nicht so viel passieren. Ich glaube die meisten Suchterkrankungen werden erkannt. Die werden nur, wie es sich gehört, tabuisiert und nicht angesprochen. Wie soll denn ne Kindergärtnerin den Vater, der sein Kind da anbringt, jeden Morgen irgendwie, aber da haben wir es ja nicht mit richtigen Ankunftszeiten, ja, jeden Morgen irgendwie bisschen verspätet oder unzuverlässig zu Elternabenden erscheint. Wir kennen heute selbst an Gymnasien Elternabende, da kommen ein Drittel der Klassengemeinschaft zu Elternabenden. Jetzt kann man da fragen, sind die alle uninteressiert an dem Fortgang der Kinder. Das widerstrebt dem, das alle heute die Kinder auf Gymnasium schicken wollen. Denn eigentlich sind sie interessiert an dem Fortgang ihrer Kinder. Aber sobald sie da sind, nimmt keiner teil. Gestern gab's die Zahlen von Frau Diekmann, jeder fünfte in Deutschland ist vonna Alkoholproblematik betroffen. Und wenn ich jetzt noch ein bisschen Stadtteilbezogen denke, dann hab ich eigentlich ne gute Chance, seltener danebenzuliegen, wenn ich einfach mal behaupten würde. da gibt's ne Alkoholproblematik als wenn ich das unterlasse. Das ist einfach so. Ich kann Stadtteile in Köln ausmachen, da könnt ich einfach sagen, bei ihnen in der Familie ist bestimmt jemand suchtkrank. Ich habe ne hohe Wahrscheinlichkeit, dass das stimmt. Ich werds nicht tun unbedingt als Erzieher. Weil, was hab ich für nen Problem am Bein? Der regt sich tierisch auf, der wird mich als „was

geht mich dass denn an funz“ beschimpfen und der wird sich vielleicht bei meinem Anstellungsträger beschweren und das Kind in nen anderen Kindergarten tun. Also ich glaub, die meisten Suchterkrankungen werden besprochen innerhalb der Teams, die werden erkannt, nur was sollen die Leute denn dann tun? Wir haben ja mit der Einführung des SGBs II erwartet, dass wir ungefähr 10.000 Suchtkranke, die das Hilfesystem nicht erkannt hat bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit für den Kölner Raum neu kennenlernen werden, weil die jetzt alle über den Fallmanager laufen. Und das passiert ja gar nicht. Das passiert ja gar nicht. Der Fallmanager, die meisten bleiben im Frontoffice hängen, die lernen den Fallmanager nie kennen. Und der Fallmanager, der hat ne Schulung gekriegt, wenn er die denn überhaupt zu Ende bekommen hat auf seiner Stelle. Und dann haben wir als Suchthilfe irgendwann gesagt, pass auf, wenn ihr wollt, machen wir das für euch. Wir bieten euch Suchtclearing im Auftrag der ARGE an. Und dann haben wir den SKM angesprochen, die Drogenhilfe angesprochen. Dann haben wir nen Konzept geschrieben, machen wir für die. Die brauchen uns die nur noch schicken. Rückmeldung der Mitarbeiter der ARGE ist, naja, wenn ich den Eindruck habe, es könnte um Sucht gehen, dann stellt sich für mich wie Frage, wie sprech ich das an? Es bleibt dabei, es ist eine der schwierigsten Sachen, wie spreche ich jemanden, den ich eigentlich nicht kenn, darauf an, ob er ein Problem mit Sucht hat. Und, wenn eins für mich klar ist, dass Sucht häufig auch ne Beziehungsstörung als Ursache haben kann, dann ist es gleichzeitig wichtig, dass es Beziehung geben kann bevor ich über Suchterkrankung überhaupt ins Gespräch kommen kann. Und genau da beißt die Katze den Faden ab. Der Typ ist krank, weil er ne Beziehungsstörung hat und ich brauch Beziehung, damit ich mit dem darüber reden kann. Wie soll das in so nem Alltagskontakt, wo der Aufhänger an sich jemand anderes ist, Kindergarten, ja, mein Kind und so. Und dennoch glaub ich, dass in Schulen viel für Suchtprävention getan wird. Das „keine Kurze für Kurze“ und und und, ja, alles gute Instrumente im Sinne der Suchtprävention sind, aber Suchtprävention an sich wirkungsvoller sein könnte, wenn sie über die Eltern läuft. Ja, wenn ich nicht nur Angebote für die Kindern mache, sondern an den Schulen Angebote für Familien machen würde. Da habe ich doch am ehesten noch nen Zugriff. Es gibt Kindergärten, die bieten Informationsabende zum Thema Sucht an, da sagen die Eltern, die davon betroffen sind, was soll ich da? Kenn ich mich mit aus. Ich trink ja genug. Mein Kind trinkt nicht, fängt auch nicht an. Und die, die damit nichts zu tun haben und weitergehend auch ne gute Prognose haben, dass sie nicht suchtkrank werden, die gehen hin, weil es die intellektuell interessiert oder weil die meinen, es sieht gut aus. Es ist nicht zielgruppenspezifisch genug. Und das darüber hinaus ist das Grundproblem der sozialen Arbeit, dass wir doch eigentlich gar nicht mehr die Sprache unseres Klientel sprechen. Also ich kann gar nicht mit Extasy-Leuten arbeiten. Wie will ich das denn machen? Geh ich in so ne, ich weiß gar nicht wie die Dinger heißen, Ravedisco. Auf fünfzig Meter genähert, leert sich der Raum,

weil die denken, da kommt die Zivilfahndung. Ja, da ist doch vorbei. Und wir haben gute Erkenntnisse über die Sinus-Milieu Studie, was zielgruppenspezifische Dinge angeht. Die werden nur gar nicht umgesetzt. Da beschäftigen wir uns nur intellektuell. Da gibt es jemanden, der reist durchs Land, der hält nen super Vortrag darüber. Der ist unterhaltsam. Der ist intellektuell unterhaltsam. Aber in der Praxis wird's nicht verwertet. Jetzt mein ich nicht immer, dass mit Jugendlichen nur junge Sozialarbeiter arbeiten können. Manchmal suchen die ja auch ne andere Figur. Aber wir müssten an sich noch ne Idee haben, wie die Ansprache überhaupt sein muss. Wir haben zum Beispiel jetzt, in der Klinik hier, die Regel, wir müssen alle Klienten siezen. Hier gibt's nur „Sie“. Hintergedanke war ursprünglich, ein nicht beziehungsgetragenes „Du“ ist letztendlich Ausdruck von Entwertung und Abstufung. Find ich richtig den Gedanken. Hab ich nur den siebzehnjährigen hier, der seit sechs Jahren Drogen nimmt. Der kann mit dem Sie gar nichts anfangen. Das ist genau so nicht getragen. Ja, das ist kein Ausdruck von Reife und Anerkennung als Erwachsener. Der fühlt sich distanziert durch mich, wenn ich den sieze. Und ich möchte irgendwie, ja, individueller funktionieren können. Kriegen wir aber gar nicht hin.

I: Gut, jetzt noch mal aufs Hilfenetzwerk zurückzukommen: hast du da Wünsche an die Kollegen aus der Jugend- oder Familienhilfe, wie die Zusammenarbeit optimiert werden könnte?

P: Ja, es gibt nen Standartwunsch, ne, den werden ja wahrscheinlich alle nennen, nen regelmäßigen Austausch. Den kann man nur gar nicht an die Jugendhilfe richten, den muss man an die Kostenträgerlandschaft richten. Möglichkeit zum gemeinsamen Austausch und Informationsaustausch, gegenseitiges Fortbilden, all das werden wahrscheinlich alle Sozialarbeiter und Pädagogen sagen. Die Suchthilfe soll regelmäßig mit uns im Kontakt sein, wir mit der Jugendhilfe. Die Frage, die überall auftaucht ist nur, wer hat da Zeit für? Ne, und wer kriegt die Zeit bezahlt und wie soll das laufen? Und je mehr sich das Hilfesystem, sich zum Beispiel im Bereich der Sucht auf so BeWo-Geschichten und Face-to-Face Honorar mit privater Anbieterschaft, desto schwieriger wird Netzwerkarbeit und Austausch, weil jedes Gespräch mit Kollegen vergeudete, nichtbezahlte Zeit ist.

I: Das ist wahrscheinlich auch das, was sich in diesem Arbeitsfeld speziell verbessern müsste, um die Zusammenarbeit zu optimieren?

P: Sagen wir mal so; wir in der Sucht haben wahrscheinlich, glaub ich, einen entscheidenden Vorteil, dass relativ früh fast alle in der Sucht Tätigen erkannt haben, dass sie alleine, egal wie groß das eigene Verbundsystem ist, ob jetzt die Drogenhilfe, der SKM oder auch wir sind. Da gibt es so gut wie gar keinen, der nur ein Angebot hat. Fast

alle haben irgendwie noch ne Notschlafstelle, nen Konsumraum heutzutage, ne Ambulanz, ne Reha.

Wir haben Entgiftung, dies und jenes. Alle haben erkannt, dass sie das Problem Sucht und Versorgung von Suchtkranken nie alleine stemmen können. Wir brauchen immer die anderen als Kooperationspartner. Deswegen klappt das auch mit weniger Treffen und regelmäßigem Austausch. Wichtig ist nur, dass der stattfindet. Ich glaube immer, es hängt an Personen. Der Eindruck ist, es hängt an Personen, die regelmäßig in nem bestimmten Austausch miteinander sind. Das ist entscheidend. Wichtig ist, dass man sich mal gesehen hat. Dann telefoniert es sich auch anders. Man muss Erfahrungen miteinander machen. Wenn die Einschätzung von einem anderen völlig Banane war, aus unserer Sicht, dann ist es für den schwierig, das nächste Mal hier einen rein zu kriegen, weil wir sagen, der erzählt uns einen. Es muss ehrlich, es muss verlässlich. Und da gib es dann zu wenig Überschneidungen mit der Jugendhilfe, als dass man daraus Erfahrung machen könnte. Diese Netzwerktreffen, die die Frau Barst da damals initiiert hat, die waren ganz gut, man kannte sich dann, aber man hatte gar keine Arbeitsberührungspunkte. Da gab es die Suchtpräventionsstelle der Drogenhilfe, die hatten immer mit dem Jugendamt was zu tun, dann gab es Biz, die hatten auch immer, weil die Prävention machten. Wir machen aber nur Behandlung, wir haben nix mit denen zu tun.

I: Hast du sonst noch Ideen für andere mögliche Maßnahmen, die euch entlasten könnten in dem Problemfeld, was wir jetzt besprochen haben, mit Kindeswohlgefährdung und Sucht im Familiensystem?

P: Ja. Ich könnt mir durchaus vorstellen, dass die Hochschulen ne ganze andere Rolle spielen sollten. In Zeiten, wo die finanziellen Ressourcen in unserer Gesellschaft immer knapper werden, ja, Studenten aber doch solche Aufträge kriegen, durch die Lande zu fahren und Interviews zu führen. Glaube ich, dass in Zeiten, wo Wissen noch relativ nah vermittelt ist, und damit in der Regel noch deutlich höher ist meinetwegen. Was ist eigentlich Kindeswohlgefährdung? Das ist bei euch bestimmt noch besser abrufbar, als bei jedem anderen, der nicht im Bereich Jugendhilfe arbeitet. Dass Hochschule sich tatsächlich fragen kann, sehen wir unsere Aufgabe tatsächlich darin, den Einrichtungen immer weiter Praktikanten zu schicken, in nem Zeitfenster, wie die Einrichtung davon nur noch mit Belastung darauf reagieren kann oder könnten wir uns vielleicht auch nicht so definieren, dass wir sagen, wir bieten euch an, zu bestimmten Themen Referenten abzurufen. Und zwar über die Themen, wo sie nachweislich Wissen drüber haben. Nachdem die ihren Schein gemacht haben zum Thema Kindeswohl könnte die PSK hier im Rahmen ihrer vierzehntägigen Fortbildungsveranstaltung an der Universität Mainzer Straße anrufen und sagen, schick uns doch mal einen, der uns erzählt, was bedeutet eigentlich Kindeswohlgefährdung. Und dann haben wir hier kein Honorar für zu zahlen.

Das heißt, das können wir uns genau gerade noch leisten, weil hier wird nur die Zeit zur Verfügung gestellt. Und ich glaub, dass das anderen Trägern ähnlich geht, weil es verfügt nicht jeder Einrichtungsträger über ein Netzwerk, ja von, freigestellten Referenten. Also wenn ich den SKM sehe mit der Caritas im Rücken, der kann zu jedem Thema Leute ausschließlich arbeiten lassen. Hier muss das immer einer neben seiner Arbeit machen. Hier hab ich mal ein halbes Jahr mich nur mit Hartz IV befassen müssen, als das Thema anfang. Beim SKM gab es einen, der hatte ne ganze Stelle und der hat sich drei Jahre mit nix anderem mehr befasst. Der wusste auch mehr als ich. Und ich glaub, dass zu manchen Dingen einfach auch Hochschule, gerade auch weil wir ja auch zwei Hochschulen dicht vor der Tür haben und Köln ja auch ein Zentrum von Suchthilfeeinrichtungen ist. Wenn man sich mal anschaut, was sich im Rheinland an Suchthilfeeinrichtungen tummelt, ist das eigentlich das schlimme, dass das nicht genutzt wird. Dann haben wir ne Suchthilfeforschungsplattform Suchthilfe mit dem Professor Klein. Da wird geforscht und geforscht. Den Klein lassen wir einmal im Jahr kommen. Ist immer toll. Das macht er aber auch nur, weil er mit dem Chefarzt zusammenhängt. Weil die zusammen im Suchtforum Herausgeber sind, weil die dann privaten Kontakt haben. Ist aber auch nicht institutionalisiert. Ich glaube darüber hinaus, dass für Hochschule und für Studenten effektreich sein könnte, weil das im Prinzip potenzielle Arbeitsgeber sind, die da abrufen. Ja, ist ja auch eine Gelegenheit, sich zu präsentieren. Hab vor fünfzehn Jahren mit dem Bernsen. Bernsen, Michael Bernsen, euch auch noch bekannt? Der ist immer noch da, ne?

I: Ja, ist er.

P: Hab ich mit dem schon mal über so was gesponnen. Hat der gesagt, ja ja, kann man ja mal drüber nachdenken. Aber im Prinzip ist eine Botschaft auch angekommen, es gibt da noch ne Kollegin, ich glaube die hat da, die hat da, Christiane Knack, die macht da so Methodenlehre, oder so was, und die arbeitet auch beim SKM. Die hat erzählt, dass das Studienprogramm der Leute heute so straff ist, dass da auch irgendwie verdammt wenig Zeit bleibt. So dass da ne Idee, die wir heute haben, können die uns von der Hochschule uns nicht mal was erzählen. Früher sind wir von der Hochschule in die Einrichtungen geschickt. Guckt euch das mal an, wie das später für euch aussieht. Man hatte gar nicht die Idee, wir können den schon was vermitteln. Heute kann ich sagen, ne die könn uns schon ne ganze Menge erzählen, was wir gar nicht mehr mitkriegen. Die Zeit scheint gar nicht mehr so zu geben, links und rechts so n bisschen zu spielen. Aber mit zunehmender Professionalisierung der sozialen Arbeit, ja, gibt es ja auch immer mehr Leute, die auch promovieren im Bereich der sozialen Arbeit. Es gibt da ja auch insbesondere eine Frau, da in Berlin und Hamburg, die sind da führend. Auf den Typ in Hamburg komm ich jetzt gerade nicht. Aber an der Alice Salomon Fachhochschule da, da gibt es eine Frau, die

das Thema Promotion Sozialarbeit, wissenschaftliches Arbeiten der soziale Arbeit hoch hängt. Da geht es um Anerkennung im Bereich der Wissenschaften. Da geht es dann aber auch ein Stück weit in die Richtung Verlust von Basisbezug. Es nützt mir irgendwie verdammt wenig, wenn ich immer mehr Leute hab, die publizieren. Und ich habs neulich beim Landschaftsverband, da waren 400 Leute, da sagte nämlich einer, in den Rehaeinrichtungen kämen immer mehr Leute ohne gültige Krankenversicherung an. Und dann hab ich gedacht, na gut, es gibt immer mehr Sozialarbeiter, die Therapeuten sind und gut darüber reden können wie es sich lebt ohne Krankenversicherung. Es gibt aber kaum noch Sozialarbeiter, die sich im Krankenversicherungsrecht auskennen, wie ich ne Krankenversicherung initiiere. Und an der FH haben wir das früher schon nicht gelernt. Aber heute will das auch gar keiner mehr wissen. Ne, weil heute sind die Leute noch jünger, da machen sie in der Regel direkt nen Master. Die wollen hier nicht in na Notschlafstelle hoch ausgebildet sitzen und mit den Leute darüber reden, zu welchem Amt man welches Formular am besten trägt und das mit ausfüllen. Die wollen dann auch therapeutisch arbeiten, wenn sie Therapeut geworden sind. Und ist ja auch legitim, aber geht im Einzelfall an der Sache vorbei.

I: Dann bedanken wir uns für das Interview

P: Ich danke auch

## **Experteninterview Kinderklinik**

Das folgende Interview wurde am 29.04.2011 mit dem zuständigen Sozialarbeiter der Kinderklinik geführt. Aufgrund der Länge von 101 Minuten und 38 Sekunden wird das Interview an dieser Stelle gekürzt, zusammengefasst und nach dem Leitfaden zum Experteninterview strukturiert dargestellt. Zitate sind als solche kenntlich gemacht.

### **Teil A: Person und Institution**

#### **Zur Person**

1. Welche Berufsausbildung haben Sie?

(...) „Ich bin Diplom-Sozialarbeiter.“ (...)

Studienort: Katholische Fachhochschule Köln

Abschluss: 1990

Staatliche Anerkennung: 1991

2. Welche Zusatzausbildungen haben Sie?

Ich hatte mal ne Phase, wo ich in ner Zusatzausbildung war, in ne gestalttherapeutische Richtung. Das war noch zur Zeit als ich in der Suchtkrankenhilfe da tätig war. Das habe ich aber dann abgebrochen, weil ich festgestellt habe, das war jetzt doch nicht so das richtige für mich. Ich hab zich Fortbildungen und Weiterbildungen genossen, aber ich hab keine ausgesprochene Zusatzausbildung, dass ich jetzt da mich irgendwie schmücken könnte mit irgend so nem Begriff halt, wie das so auf dem Markt ja angeboten wird. Aber ich hab mich in allen möglichen Bereichen natürlich fortgebildet, weitergebildet. Was, was vor allem halt für meine praktische Tätigkeit immer hilfreich und wichtig war. (...)

3. In welchen Tätigkeitsfeldern haben Sie Berufserfahrung?

„Start in die Sozialarbeit war schon auch quasi, wenn man so will, vor dem Studium oder während des Studiums, die stationäre Altenhilfe, weil ich als Zivildienstleistender in nem Altenheim gearbeitet hab. Zunächst in der Pflege und dann in dem soziokulturellen Dienst, hab ich da den Zugang zu dem Thema gefunden. Meine Vorgesetzte war ne Sozialpädagogin. Ich bin da auf den Beruf aufmerksam geworden. (...) Hab da auch mein Anerkennungsjahr gemacht. (...) Ich habe drei Jahre lang in ner stationären Suchtkrankenhilfe gearbeitet und zwar in (...) in ner psychosomatischen Klinik, auf ner geschlossenen psychiatrischen Akutstation, wo Drogenabhängige einer ausschleichenden Entgiftung, also in der Regel ausschleichenden Entgiftung teilgenommen haben und nach nem bestimmten Konzept da auch besondere Angebote



bekommen haben, bei dem durchschnittlich dreiwöchigen Aufenthalt, wo ich dann mit zum sogenannten psychoedukativen Team gehört habe.“ (...)

4. Wie lange sind Sie in dem aktuellen Arbeitsfeld tätig?

(...) „Und seit fast fünfzehn Jahren bin ich hier jetzt in der Kinderklinik tätig.“ (...)

5. Wie lange arbeiten Sie bereits bei Ihrem aktuellen Arbeitgeber?

(...) „Und seit fast fünfzehn Jahren bin ich hier jetzt in der Kinderklinik tätig.“ (...)

6. Welche Funktion haben dort inne?

„Als Sozialarbeiter habe ich lange Zeit alleine den Krankenhaussozialdienst verkörpert. Ich hab jetzt seit Anfang letzten Jahres Verstärkung bekommen durch ne Kollegin, die mit ner halben Stelle hier auch noch tätig ist. Ansonsten gab ich fast ausschließlich die ganze Zeit nur mich hier in der Kinderklinik.“ (...)

### **Zur Institution**

(...) „Also die Kinderklinik (...) ist n Krankenhaus der Maximalversorgung, was nicht nur regional sondern auch überregional zu ner großen Nachfrage führt. Es ist ne sehr ungewöhnliche Einrichtung, weil das im Gesundheitswesen so sonst kaum vorkommt. (...) Es liegt halt hier ne sehr hohe Spezialisierung in vielen Fachgebieten vor und auch ne sehr große Interdisziplinarität. Da ist n großer Vorteil hier in der Klinik und da führt halt auch dazu, dass viele Eltern auch, wie gesagt, aus dem überregionalen Bereich hierhin kommen mit Kindern, die dann zum Teil natürlich sehr schwere Erkrankungen haben. (...) Aber natürlich wird die Klinik auch frequentiert von Leuten natürlich dann, ich sag mal, aus der Region mit üblichen Beschwerden, irgendeine Magendarmgeschichte, die zu Hause nicht mehr zu handeln ist, wo der Kinderarzt hier einweist oder der Leistenbruch, der operiert werden muss, also viele auch, sag ich jetzt mal, eher so Bagatellgeschichten auch unserer Sicht im Vergleich zu den Schwerkranken. Aber die Kinder kommen halt auch nach Stürzen, nach Verletzungen, und und und, ja. Es ist also ein sehr sehr großes Spektrum mit vielen einzelnen Fachbereichen und ner unheimlich großen Zahl von Leuten, die Jahr für Jahr hier hin kommen mit Kindern. Seit November haben wir halt noch einen Erwachsenenbereich eröffnet mit der Geburtshilfe ist das verbunden, die jetzt hier seit November existiert, die auch sehr stark frequentiert wird. Deshalb ist es nicht mehr nur ausschließlich eine Kinderklinik.“ (...)

7. Wer sind die Adressaten Ihrer Tätigkeit?

„Und dann ist es halt so, dass ich natürlich nur mit ganz bestimmten Fällen dann zu tun habe. In Anbetracht der Vielzahl der Leute, die hier hinkommen, ist das ein kleiner Bruchteil von Leuten, mit denen ich dann zu tun hab. Es muss halt irgendein Anlass da sein. (...) Also ich sag mal so, um das deutlich zu machen, es gibt so drei verschiedene Säulen der klinischen Sozialarbeit hier in dieser Kinderklinik. Eine Säule ist, ich sag mal, die sozialrechtliche Beratung. Vor allem für Eltern von chronisch kranken und behinderten Kindern. Das heißt, ich biete an, das ganze Spektrum, ich nenne es mal der Basisberatung, vor allem wenn Eltern erstmalig mit so ner Thematik konfrontiert sind, ich sag mal bei nem Neugeborenen erfahren, das Kind ist von dem Down-Syndrom betroffen. Oder es ist ein extremes Frühgeborenes mit Folgeschädigungen oder bei nem Grundschulkind tritt plötzlich Diabetes auf, also ja ein Neugeborenes hat ne schwere Herzerkrankung, was auch immer. Es gibt viele Diagnosen, wo dann halt auch ich zahlreiche Informationen anbieten kann. Sozialrechtlich heißt, wenn von mir Eltern über ihre Ansprüche in Bezug auf Möglichkeiten das Schwerbehindertengesetz zu nutzen, Nachteilsausgleich zu nutzen, Möglichkeiten, den Schwerbehindertenausweis zu beantragen. Informiere zu eventuellen Möglichkeiten, die Pflegeversicherung zu nutzen im Sinne eines Pflegegeldes oder anderer Leistungen. Wenn es um diese Basisberatung geht, geht es natürlich auch um andere Informationen, das heißt Informationen zu Selbsthilfegruppen, einschlägige Informationen, die es noch hier und da gibt ergänzend zu dem, was man von Ärzten erfahren kann. Es geht um Informationen zu den Frühförderstellen, zu integrativen Kindergärten, je nachdem wie alt die Kinder sind, ist das auch wichtig. Integration in die Schule, eventuell spezielle Rehamöglichkeiten, und, und, und. Also es ist n ganzes Spektrum, was ich da anbiete. Das geht dann auch schon mal in Richtung helfendes Gespräch im Rahmen der Krankheitsakzeptanz und Krankheitsverarbeitung. Das ist auch ein wichtiger Aspekt. Also das ist so eine Säule. (...) Ne andere Säule, das ist so ne ganz klassische Säule für die Krankenhaussozialarbeit, das ist die, der Bereich Reha, ja also stationäre Rehamaßnahmen bzw. ambulante Rehamaßnahmen. Da ist auch immer einiges zu tun. Es geht halt darum, dass Patienten einfach auch noch weitere Behandlung oder auch Förderung brauchen in Rehaeinrichtungen. Ich organisiere das dann, vermittele das dann und leite das ein. In der Absprache mit den Eltern oder natürlich auch mit dem Patienten, wenn sie alt genug sind. Da gibt es dann einschlägige Häuser, die dann in Frage kommen, wo dann einiges zu organisieren ist, zu beantragen ist, und, und, und. Es sind manchmal Anschlussrehas oder Frührehas, manchmal auch allgemeine Rehas oder auch ambulante bzw. man sollte besser teilstationäre Rehas sagen. Das ist die zweite Säule. Die dritte Säule ist der Bereich Kinderschutz. Kinderschutz umfasst natürlich vieles. Es gibt ja unterschiedliche Indikationen, weswegen Kinderschutz Thema werden kann in der Kinderklinik. Natürlich klar, wenn Verdacht besteht auf körperliche Misshandlung oder sexuellen Missbrauch.

Das sind ganz klare Indikationen, wo dann Kinderschutz Thema wird. Aber auch Vernachlässigung und Verwahrlosung können vorkommen und ja natürlich kann auch ne Suchterkrankung der Eltern hier auffallen, wo natürlich auch dann großes Potential für ne Kindeswohlgefährdung draus erwachsen kann, ne. Und da biete ich auch oder ich muss sagen wir bieten auch da einiges an Interventionsmöglichkeiten, an Hilfsmöglichkeiten, zumindestens hier in unserem Rahmen, den wir hier haben. Also das sind im Prinzip so drei Säulen.“ (...)

8. Wie viele Klienten/Patienten betreuen/behandeln Sie in Ihrer Einrichtung?

(...) „Ja, das ist ne gute Frage. Ich sag mal die, das ist jetzt nur ne Grobzahl, das müsste ich quasi nochmal nachgucken. Unser Geschäftsführer berichtet uns immer hier einmal im Quartal über die Patientenzahlen. Es ist so, die Klinikambulanz allein (...) wird pro Jahr, das ist jetzt nur so ohne Gewähr, in Erinnerung hab ich von über 50.000 Patienten genutzt. (...) Und der stationäre Bereich, aber wie gesagt ohne Gewähr, von 9.000 im Jahr. (...)

Das Haus hat 219 Betten.“ (...)

9. Wie finanziert sich die Einrichtung?

(...) „So ne Kinderklinik wie auch andere Krankenhäuser finanziert sich halt natürlich bei den meisten Patienten über Gelder von den Krankenkassen oder von Privatkrankenversicherungen. Das heißt, die Krankenversicherung ist da das Stichwort. Im Sozialgesetzbuch V gibt es da halt die gesetzlichen Krankenkassen, die entsprechend dann entsprechende Leistungen vergüten, die hier erbracht werden und bei Privatkrankenversicherten ist es ja ähnlich. Es gibt natürlich auch noch hier und da Selbstzahler, aber es ist einfach ne Sache, die im Gesundheitswesen ganz typische und normal ist. (...) Das Krankenhaus ist ja ein Ort, wo ja letzten Endes medizinische Leistung erbracht wird, unterstützt durch Pflegekräfte und die klinische Sozialarbeit ist ne ergänzende Geschichte, also wir haben nur eine ergänzende Funktion. Und es ist so, dass wir nicht abgebildet sind von unseren Leistungen her, wenn es um die Bezahlung geht. Mittlerweile wird ja in Deutschland in den Krankenhäusern nach ner Pauschale bezahlt, die DRGs sind da das Stichwort. Das heißt, es gibt einfach für ne bestimmte Diagnose, gibt es ne bestimmte Summe (...) und damit muss die Klinik hinkommen. Ob die dann dafür irgendwo in dem Topf auch noch sich Soziale Arbeit leisten und in welchem Umfang und wieviel Pflegekräfte und überhaupt, ja und welchen Service man sonst noch anbietet. Das ist ne rein individuelle Sache der einzelnen Klinik. Das war früher mal anders. Aber das ist quasi pauschalisiert worden. Das heißt, es liegt im Gusto letzten Endes der Klinikleitung, wieviel an Sozialarbeit sich n Haus leistet. (...)

10. Wer ist der Kostenträger Ihrer Einrichtung?

*Siehe 9.*

11. Wie verhält sich der Klientenschlüssel in Ihrer Einrichtung?

*Wird nachgereicht.*

12. Welche Professionen sind in Ihrem Team/Einrichtung vertreten?

(...) „Natürlich naturgemäß sehr viele Pflegekräfte. Das ist immer die größte Berufsgruppe im Krankenhaus, natürlich Ärzte und dann viele andere drumherum in der Verwaltung, Technik, Küche, und, und, und.“ (...) In der Klinischen Sozialarbeit: Diplom-Sozialarbeiter und Diplom-Sozialarbeiterin.

13. Wie viele Mitarbeiter arbeiten in Ihrem Team/Einrichtung?

(...) „Über 900.“ (...)

In der Klinischen Sozialarbeit: 2

In der gesamten Kinderklinik: über 900

## **Teil B: Information und Ausbildung**

14. Haben Sie in Ihrer Einrichtung schon bereits Erfahrungen mit Kindeswohlgefährdung/ Sucht in Familiensystem gemacht?

Ja.

15. Anhand welcher Kriterien haben Sie die Kindeswohlgefährdung/ Sucht im Familiensystem identifiziert?

(...) „Also Kindeswohlgefährdung muss man im Prinzip definieren, wo die anfängt, weil ich weiß, dass es in Jugendämtern auch schon mal enger gefasst wird. Ich mag es nicht so eng fassen. Ich mag es weit fassen. Ich sag mal so, in nem Krankenhaus können bestimmte Dinge offenbar werden, wo für mich schon ne potentielle Kindeswohlgefährdung mit verbunden sein kann oder im Verdacht auf Kindeswohlgefährdung mit verbunden ist oder eine auch hier im Krankenhaus schon vorliegt. Es geht damit los, dass Kinder, dass es vorkommen kann, dass Kinder im Krankenhaus nicht ausreichend begleitet werden durch die Eltern. Das heißt es kann, dass ich dann von der Station n Anruf kriege, da ist n Kleinkind, da kommt keiner, das Kind weint den ganzen Tag nur. Muss länger im Krankenhaus bleiben. Das ist für mich ne Aufgabe, da aufzuklären, was ist da los, was ist der Hintergrund. Da gibt's dann verschiedene Möglichkeiten, woran sowas liegen kann. Manchmal lassen sich da Hilfen noch ja anleiern, die einfach existieren in Form von Haushaltshilfe oder andere

Unterstützungsmöglichkeiten, weswegen Eltern dann doch mehr kommen können. Die Tatsache, dass ein Kind nicht ausreichend begleitet ist, ist eine Vernachlässigung des Kindes. Und Vernachlässigung ist etwas, was zur Kindeswohlgefährdung gehört. Kinder, die nicht ausreichend begleitet sind, sind sehr stark gefährdet bestimmte Schädigungen zu erleiden, im Moment und zum Teil auch bleibend. Man spricht da von Hospitalismus. Da können Traumata draus entstehen und deshalb geht es natürlich darum, da auch zu gucken, was ist da der Grund, weswegen jemand nicht so viel da, wie vielleicht das Kind das bräuchte. (...) Diese Indikation mangelnde Elternpräsenz kann auch ein Hinweis darauf sein, dass auch vielleicht ansonsten zu Hause das Kind nicht ausreichend versorgt ist. (...)

Hinzu kommt dann natürlich schon mal, dass das Kinder sein können, die einfach auch ne Erkrankung, ne Behinderung haben, die dann zu Hause noch mehr brauchen, als das, was jetzt sowieso normalerweise gesunde Kinder schon brauchen an Fürsorge, an Förderung, an Betreuung. (...) Man kann das Kind gar nicht entlassen, weil das Kind noch zu klein ist, sich selbst darum zu kümmern. (...) Also, mangelnde Elternpräsenz ist so n Thema. Körperliche Misshandlung, gehe ich jetzt mal grad drauf ein, ist was, es kann sein, so wie ihr Dozent, dass hier so geschrieben hat, dass das nebenbei auffällt. Das Kind kommt eigentlich wegen ner anderen Problematik hin. Wird gebracht und da fällt irgendwas auf, irgendwelche Verletzungen oder es werden beim Röntgen plötzlich noch ältere Verletzungen festgestellt, wo keine schlüssige Erklärung für vorhanden ist oder irgendwelche anderen verdächtigen Schilderungen, die nicht passen zum Verletzungsmuster. Und ja ich sag mal der letzte Fall, der mir jetzt einfällt, wo ich involviert war ein drei Wochen altes Baby, wo die Eltern kamen, weil das Kind so stark weinte. Und da stellte sich heraus, mit drei Wochen hatte das Kind ne Art von Unterarmbruch, wo da die Rechtsmedizin klar sagte, das ist ne körperliche Misshandlung. Die Eltern konnten zunächst gar nichts schildern, was passiert war und natürlich haben wir dann entsprechend Druck gemacht und das Jugendamt dann auch eingeschaltet. Und dann kamen die plötzlich mit ner Erklärung, wo die felsenfest von überzeugt waren, wo dann aber die Rechtsmedizin sagte, nee das ist nicht, das passt nicht. Das haben auch schon hier die Ärzte im Prinzip so festgestellt, aber die Rechtsmedizin hat dann nochmal ne gewisse Absicherung. Das Kind hatte dann noch bestimmte Hämatome im Gesicht, wo die Eltern auch keine hinreichende Erklärung geben konnten. Und das bei nem drei Wochen alten Kind. (...) Das Kind ist dann letzten Endes nicht nach Hause gegangen, sondern es wurde vom Jugendamt dann veranlasst, dass die elterliche Sorge entzogen wurde. Das Kind hat einen Amtsvormund bekommen, ist dann, als die Behandlung hier abgeschlossen war, zusammen mit der Mutter, mit der jungen Mutter, in ne Mutter-Kind-Einrichtung gegangen. Das Jugendamt wollte einfach gucken, ja es sollte quasi so ne Clearing-Sache sein. (...)

Und dann gibt es Patienten, die ganz gezielt hier vorgestellt werden, wegen Verdacht auf körperliche Misshandlung oder wegen ner erfolgten körperlichen Misshandlung. (...) Also das ist körperliche Misshandlung. Sexueller Missbrauch ist im Prinzip ähnlich gelagert. Auch da werden Kinder manchmal gezielt vorgestellt, um hier Diagnostik zu machen. (...) Vernachlässigung, Verwahrlosung ist, gilt im Prinzip immer dasselbe, fällt zum Teil hier auf, ich sag mal, ein Kind kommt hierhin wegen (...) ner OP, die durchgeführt werden soll und die Mitarbeiter schlagen die Hände über dem Kopf zusammen wegen dem Pflegezustandes des Kindes. (...) Es liegt natürlich immer im Ermessen des behandelnden Arztes letzten Endes, was er macht. Wir sind ein Krankenhaus, wir sind kein Jugendamt. Das heißt, der behandelnde Arzt muss immer verantworten, was er da tut und welche Schritte er einleitet. (...) Es geht natürlich immer darum, wo ist jetzt ne gewisse Grenze überschritten worden. (...) Ob ich involviert werde, also wenn ich nicht schon von selbst Kontakt hatte mit dem Fall vorher aus nem anderen Anlass, das liegt halt wirklich dann an den Mitarbeitern. (...) Das ist also letzten Endes ein Angebot, was die klinische Sozialarbeit macht, aber wie gesagt, der behandelnde Arzt entscheidet. (...) Wie gesagt, zum Teil hab ich ja schon Kontakt mit Eltern aus anderen Anlässen und dann kann es sein, dass auch mir natürlich, was auffällt. Ja, das kann auch passieren. (...) Sie haben ja den Fokus auf Suchterkrankung. Da ist im Prinzip auch ähnliches, das heißt, es gibt Fälle, wo von vorne herein das Thema im Raum steht, natürlich ganz klar bei bestimmten Indikationen, sprich Alkoholembryopathie. Das ist ne klassische Indikation, das heißt, da hat jemand während der Schwangerschaft dermaßen Alkohol konsumiert, dass schon das Kind im Unterleib geschädigt ist. (...) Ne andere klassische Indikation sind natürlich Neugeborene, die hinkommen, weil Eltern auch während der Schwangerschaft Drogen genommen haben und die Kinder müssen dann quasi hier entgiften nach der Geburt, ausschleichend. Die Drogenentzugsbabys sind das. (...) Aber dann gibt es halt auch wirklich, ich sag mal, ansonsten viele Situationen, wo irgendwie den Mitarbeitern auffällt, oh das gibt's n Problem, da wird jemand entsprechend gefährdet oder offensichtlich konsumiert der ein Suchtmittel, sei es Alkohol oder irgendwelche Drogen. (...)

Jeder suchterkrankter Elternteil, je nachdem wo er gerade steht in seiner Erkrankung, ist potentiell ne Gefahr für sein Kind. Jeder. Jeder. Weil, je nachdem wo der gerade steht, wie tief der gerade in seinem Konsum ist oder in seiner Rückfälligkeit ist, gehört es halt auch zu dem Krankheitsmuster, eben nicht mehr ausreichend für andere sorgen zu können, weil dann nur noch der nächste Schuss zählt oder quasi nur noch der Pegel beim Spiegeltrinker gehalten werden muss und dann in dem Maße, wie die Leute sich oft dann selbst auch vernachlässigen und verwahrlosen, kann es, ist da ne große Gefahr, dass das Umfeld entsprechend mit verwahrlost. (...) Das ist was, wo Kinder gefährdet sind, in vielerlei Hinsicht.“ (...)

16. Fühlen Sie sich durch Ihre Ausbildung zum Thema Kindeswohlgefährdung/ Sucht in Familiensystemen ausreichend ausgebildet?

(...) „Naja, jetzt ist es ja so, als ich damals studiert hab, wie gesagt, in den 80er Jahren, ich hab '86 mit dem Studium begonnen, bin ich als Generalist ausgebildet worden, wusste damals nicht, dass ich hier mal in diesem klinischen Bereich lande. (...) Ich bin dann aus damaliger Sicht unerwartet hier gelandet. (...) Jetzt bin ich ja über 15 Jahre hier und hab auch vor hier alt zu werden. (...) Ich denke, das ist ganz typisch, dass auch ich mir ganz viel erschlossen hab. Und ein Studium kann nicht für all diese unterschiedlichsten Arbeitsfelder, die es gibt in unserem Berufsbereich, kann nicht für jedes Arbeitsfeld während des Studiums diese Vertiefung leisten, die letzten Endes für die Praxis aber nötig ist. Das geht nicht. (...) Also ich möchte nicht, meiner K-FH da keinen Vorwurf machen. Sondern der Ansatz ist, denke ich, wie gesagt, Generalist und dann aber, dass man auch fähig ist, sich in Einzelbereiche selbst weiterzuentwickeln und zu vertiefen.“ (...)

*Viel Erfahrung durch die dreijährige Arbeit in der Suchtkrankenhilfe.*

*Selbsthilfebereich wird als wertvoll und hilfreich erachtet.*

17. Stehen Ihnen in Ihrem Arbeitsfeld Fortbildungsangebote zum Thema Kindeswohlgefährdung/ Sucht im Familiensystem zur Verfügung?

(...) „Sehr hilfreich war da für mich die Teilnahme an nem Arbeitskreis. Hier im Kreis (...) gibt es nen Arbeitskreis der speziell Richtung Kinderschutz sich zusammen getan, der auch immer noch existiert. Im Arbeitskreis sitzen (...) Vertreterinnen von einschlägigen Beratungsstellen aus der Region, also es sind hier ich sag mal Frauenzentrum (...), Beratungsstellen gegen sexualisierte Gewalt, generell Frauenberatungsstellen, die aber auch quasi so n Schwerpunkt wieder haben Richtung Kinderschutz, Kindeswohlgefährdung (...). Da sitzen aber auch Vertreterinnen und Vertreter aus Jugendämtern drin, vom Kinderschutzbund (...). Die haben alle so ein gemeinsames Interesse Richtung Opferschutz und Prävention (...) und haben da viel schon geleistet und da war ich etliche Jahre drin. Das war mir schon ne große Hilfe mich da zu vertiefen. Die haben selber auch Fortbildungen durchgeführt, in verschiedenster Hinsicht.“ (...)

18. Können Sie in Ihrer Einrichtung auf eine Fachkraft zum Thema Kindeswohlgefährdung/ Sucht im Familiensystem zurück greifen, die Sie in Ihrer Arbeit unterstützt?

Zu Sucht: (...) „Aber es gibt in dem Sinne nicht da ne Ressource, die jetzt hier im Krankenhaus ist (...) ist auch nicht wirklich nötig, sag ich jetzt mal. Hier in einer reinen

Kinderklinik bei dem Auftrag, den wir ansonsten haben. (...) Da ich jetzt selbst diese Erfahrung mitbringe und mir das so erschlossen habe, hab ich es eigentlich nicht wirklich nötig gehabt, mich zahlreich und viel bei bestehenden Anlaufstellen außerhalb der Klinik zu informieren zum Thema Sucht. Es gibt ja die Fachleute in den Drogenberatungsstellen, (...) bei anderen Stellen, es gibt entsprechende Informationen. Das hab ich natürlich auch genossen aber nicht in der Tiefe, wie vielleicht das jemand machen sollte, der nun wirklich da ganz am Anfang steht.“ (...) Zu Kindeswohlgefährdung: „Fachkraft, das sind aber wir. Das sind wir. Das ist die Klinische Sozialarbeit in der Kinderklinik. Das sind die Fachleute für das Thema. Das sind wir.“ (...)

19. Wenn Nein: Ist die Installation einer solchen Fachkraft in Ihrer Einrichtung geplant?

-

### **Teil C: Handlungsstrategien und Netzwerk**

20. Wie sehen Sie Ihre Rolle im Helfernetzwerk Kindeswohlgefährdung/ Sucht im Familiensystem?

(...) „Ich sag mal so, in gewisser Weise sage ich manchmal auch, sind wir verlängerter Arm des Jugendamtes in der Kinderklinik. (...) Das heißt, das Jugendamt hat ja auch in gewisser Weise Kontrollfunktion, wenn es ums Kindeswohl geht. Das haben wir auch in gewisser Weise hier in der Kinderklinik. (...) Aber natürlich jeder im Rahmen seiner Rolle, das ist mir immer ganz wichtig. Manche Jugendämter kommen schonmal (...) nach § 8a müssen sie ja. Ich sag mal, stop. Wir sind zu nichts verpflichtet nach §8a. Wir unterliegen nicht diesem Gesetz. (...) Wir haben die Verpflichtung in gewisser Weise aktiv zu werden aus anderen rechtlichen Rahmenbedingungen, nicht § 8a. (...) Ich gehe deshalb auch schon mal gerne hin und nehme Jugendämter in die Pflicht, in gewisser Weise aktiv zu werden. Weil ich nicht die Arbeit des Jugendamtes machen möchte und kann. Natürlich haben wir Überschneidungen.“ (...)

*Beobachtungen und Dokumentationen durch die Mitarbeiter der Kinderklinik können für die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt hilfreich sein. Sie können be- aber auch entlastend für die Eltern sein.*

„Es geht ja bei Kindeswohlgefährdung erstmal um Aufklärung, nicht um Aufdeckung, das ist ganz wichtig. Das heißt, da ist ein großer Unterschied. Die Aufklärung heißt, unvoreingenommen versuchen zu gucken, was liegt vor. Aufdeckung heißt, man geht von vorneherein davon aus, da ist was! Dieses Kind ist gefährdet! Die Eltern kriegen das nicht hin! (...) Also es geht erstmal um die interne Aufklärung, was liegt vor in nem angemessenen Rahmen, wir unterliegen ja auch der Schweigepflicht und Datenschutz.



Das ist auch ganz wichtig, das zu berücksichtigen. Und nur unter bestimmten Voraussetzungen können wir Daten weitergeben oder müssen Daten weiter geben. (...) Ansonsten bin ich sehr viel Vermittler zwischen innen und außen.“ (...)

*Eigene Absicherung ist wichtig!*

„Das heißt, ich hab so Vermittler- und Koordinationsfunktion in vielerlei Hinsicht.“ (...)

21. Entspricht dies, der Ihnen zugesagten Funktion (Stellenausschreibung)?

(...) „Ja, die hab ich ja selber geschrieben. Deshalb entspricht das auch dem. Ja, ich hab ja keinen Fachvorgesetzten hier. Ich hab nur n Dienstvorgesetzten. Das ist halt Krankenhaus. (...) Das heißt, die habe ich selber geschrieben. Die ist sehr differenziert, sehr ausführlich.“

22. Bei Nein: wo differenzieren Sie sich?

-

23. Wie gehen Sie bei einer möglichen Kindeswohlgefährdung/ Identifikation einer Suchterkrankung im Familiensystem vor?

Siehe 24.

24. Gibt es in Ihrer Einrichtung einen Ablaufplan bei einer möglichen Kindeswohlgefährdung?

(...) „Es gibt für bestimmte Fälle ein Konzept, was zum Tragen kommt. Das ist das sogenannte Kinderschutzkonzept der Kinderklinik. (...) Das ist ganz super strukturiert, also jetzt im Sinne von sehr ausdifferenziert. Ich sag mal, in dem Sinne haben wir das Rad da nicht neu erfinden müssen. Es gibt mittlerweile in vielen Einrichtungen (...) sogenannte Kinderschutzgruppen, die innerhalb der Klinik, das ist ein bewährtes Konzept, was im Prinzip beinhaltet, vor allem allerdings bei körperlicher Misshandlung und sexuellem Missbrauch, da liegt in der Regel der Fokus drauf bei diesem Konzepten, muss man ganz klar sagen, ja also nicht die Sucht. Bei diesen Kinderschutzkonzepten ist in der Regel das System so, dass es eine kleine Zahl von Mitarbeitern gibt, zu denen ich auch gehöre, die ganz speziell vertraut sind mit dem Konzept also ganz differenziert vertraut sind. Und dieses Spezialteam, sag ich mal, steht zur Verfügung, wenn so ne Indikation im Raum steht.“ (...)

*Per Verfahrensanweisung sind Mitarbeiter sogar verpflichtet das Konzept zu nutzen.*

„Es gibt da bestimmte Checklisten, die absichern, dass bestimmte Schritte berücksichtigt werden oder zumindestens überdacht werden.“ (...)

*z.B. das Einbeziehen der Rechtsmedizin oder der Klinischen Sozialarbeit*

„In dem Team sind noch drei Ärzte. (...) Also ich hab in dem Sinne quasi ne Doppelfunktion. Ich bin in dem Team drin, in der Kinderschutzgruppe, hab aber gleichzeitig auch als Krankenhaussozialarbeiter an ner anderen Stelle dann ne Funktion in dem ganzen Verfahren. (...) Also das ist das Konzept für den Bereich körperliche Misshandlung und sexueller Missbrauch.“

25. Welche Ansprechpartner im Hilfenetzwerk werden dann in Anspruch genommen?

*Hauptsächlich Jugendamt*

*Beratungsstellen*

*Arbeitskreise*

*Selbsthilfegruppen*

26. Welche Inhalte werden bezüglich der Familien- bzw. Suchtanamnese erhoben?

(...) „Also es ist so, ich bin da sehr pragmatisch. Das heißt, (...) im Rahmen des Auftrags, den ich hier hab und im Rahmen auch des Auftrags als Krankenhaus ist es meines Erachtens nicht angemessen, auch zeitlich oft nicht möglich und angemessen zu sehr in die Tiefe zu gehen. Wir sind keine Drogen- oder Suchtberatungsstelle. Wir machen hier keine Psychotherapie von Betroffenen. Wir sind kein Jugendamt sondern hier geht es darum, was fällt hier auf. Ein paar Sachen lassen sich noch so ermitteln aber es geht einfach um Kerndaten und wenn da ne Mutter ist, die hier hin kommt mit nem Baby zum Drogenentzug, dann ist das einfach ein Fakt. Dann muss ich nicht deren Biographie kennen. Das ist ein Fakt, im Hier und Heute und Jetzt, egal ob die ne schwere Kindheit hatte oder egal aus was für nem schwierigen Elternhaus die kommt oder was auch immer oder welche Drogenkarriere die hinter sich hat (...). Das ist im ersten Moment erstmal nicht im Kern von Bedeutung, weil unser Hauptauftrag geht in Richtung des Kindes. Das ist Kinderschutz. Kinderschutz heißt natürlich auch indirekt Elternhilfe, Elternberatung, aber ich muss nicht so in die Tiefe gehen, das ist mein Stil, mein ganz persönlicher Stil. (...) Ich hab, ich hab ja gesagt, ich hab so mehrere Sachen genossen im Rahmen von (...) Weiter- und Fortbildung und ein Ansatz ist zum Beispiel der lösungsorientierten Kurzzeittherapie. Das halte ich für unheimlich hilfreich. (...) Was die Anamnese anbelangt, fahre ich gut damit sehr wirklich das zu reduzieren auf ein paar Kerndaten. (...) Ich muss auch wirtschaftlich gucken. Ich habe eine dermaßen hohe Falldichte, ich kann mir das gar nicht leisten.“ (...)

*Nachfrage nach den Geschwisterkindern:*

„Aber hier in der Kinderklinik ist es nicht so ein Thema, weil hier wird ja der einzelne Patient behandelt, hier ist ja quasi das betroffene Kind dann da und die Geschwisterkinder auf bestimmten Stationen können die dann mit auf Station kommen, aber das ist wirklich nicht im Fokus.“ (...)

27. Welche Einrichtungen des Hilfsnetzwerkes „Kindeswohlgefährdung“/ „Sucht im Familiensystem sind Ihnen bekannt?

*Der Sozialarbeiter kann aufgrund seiner dreijährigen Erfahrung in der Suchtkrankenhilfe und seiner fünfzehnjährigen Praxis in der Kinderklinik auf einen großen Fundus an verschiedensten Einrichtungen regional, aber auch z.T. überregional zurückgreifen.*

#### **Teil D: Wünsche und Perspektiven zur Handlungssicherheit**

28.1. Was muss aus Ihrer Sicht passieren, damit eine Kindeswohlgefährdung besser erkannt wird?

(...) „Ich kann nur empfehlen, einen weiten Blickwinkel zu nehmen. (...) Das Interesse ist ja zu helfen, da wo es nötig ist. (...) Aber wo es um den Hilfsbereich geht, kann ich nur einen weiten Blickwinkel empfehlen, mit dem Anspruch der Aufklärung.“ (...)

28.2. Was muss aus Ihrer Sicht passieren, damit eine Suchterkrankung in einem Familiensystem besser erkannt wird.

(...) „Jeder hat erstmal das Recht verdient, vernünftig behandelt zu werden, nicht von vorneherein vorverurteilt zu werden, auch Suchtkranke, ganz besonders auch Suchtkranke. Auch das ist ne große Gefahr da stigmatisiert zu werden, diskriminiert zu werden. (...) Also das ist ganz ganz wichtig, die richtige Haltung zu haben, dem Betreffenden gegenüber. (...)

Auch da sensibel zu sein und einen weiten Blickwinkel zu wählen. Es ist ja bekannt, dass wir gerade im Bereich der legalen Suchtmittel leider weiterhin ein viel zu geringes Problembewusstsein haben.“ (...)

*Wichtig ist, sich selber genau zu kennen und sich seine eigenen eventuellen Suchtproblematiken bewusst machen.*

*Schwierig oft, wenn Ressourcen knapp sind. Es müsste mehr interveniert werden, wenn Kinder betroffen sind.*

29. Welche Wünsche würden Sie an die Kollegen der Suchthilfe/Jugendhilfe stellen, damit die Zusammenarbeit optimiert wird?

„Also ein ganz wichtiger Maßstab ist bei dem Thema auch immer, wenns um Sucht geht, halt der Kontrollverlust. Wenn der eingetreten ist, ist natürlich einfach Abhängigkeit da, die Erkrankung da und da ne größere Sensibilität, das würde ich mir wünschen, egal um welches Suchtmittel es sich handelt. (...) Ja gut, ich persönlich wünsche mir persönlich Verständnis für die Rolle, die ein Krankenhaus hat. Ich muss da manchmal auch die Externen aufklären, wo jetzt unsere Rolle ist. Also das ist, wie gesagt, wir arbeiten nicht nach § 8a, wir sind da nicht weisungsbefugt dem Jugendamt gegenüber, also andersrum, die uns nicht gegenüber weisungsbefugt. Das bedarf manchmal der Klärung, der Rollenklärung. (...)

Oder ich sag mal bei manchen Institutionen ist es wichtig auch nochmal mehr darauf hinzuweisen, welche Ressource hier eigentlich in der Kinderklinik vorhanden ist. (...)

Gerade die Profis im Bereich der Suchtkrankenhilfe haben natürlich den Suchtkranken im Fokus. Und da würde ich mir wünschen, dass die Betroffenen, die Belange der betroffenen Kinder und Angehörigen viel mehr wertschätzen und berücksichtigen. (...) Da würde ich mir halt von den Institutionen im Bereich der Suchtkrankenhilfe wünschen durchaus die Betroffenheit des Umfeldes, und dazu gehören ja nun auch Kinder, auch noch mehr wertzuschätzen. (...) Weil Suchtkranke natürlich auch oft sehr in ihrer Erkrankung gesehen werden, so nach dem Motto, ja der ist ja so arm dran. Und da wird leider oft unterschätzt, welche Verantwortung derjenige trotzdem hat, für all das, was er auslöst durch sein Suchtverhalten bei sich und im Umfeld. Die Verantwortung behält der immer. (...)

Und was auch zu wenig gesehen wird, ist (...) das Umfeld egal ob jetzt hier oder auch generell (...) weiß zu wenig darüber, was nötig ist, damit jemand wirklich auch sich verändert bei ner Suchterkrankung. Das heißt, das geht so in Richtung Co-Abhängigkeit, Helfersyndrom. (...) Und da, denke ich, entsteht natürlich auch viel Fehleinschätzung in alle Richtungen, wie gesagt, dass man den Betroffenen unrecht tut oder den Kindern nicht ausreichend hilft. Da kommen beide Extreme vor.“ (...)

30. Was müsste sich in Ihrem Arbeitsfeld verändern, um die Zusammenarbeit im Hilfesystem zu verbessern?

(...) „Ja natürlich, mehr Stellen. Ist doch klar. Mehr Stellen, es ist so, die Kinderklinik bietet sehr viele Anknüpfungspunkte für die unterschiedlichsten Probleme, die hier offenbar werden. Aber leider ist es so, wie auch in vielen anderen Bereichen der Sozialen Arbeit, dass nicht ausreichend Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.“ (...)

31. Welche Maßnahmen könnten Sie im Problemfeld Kindeswohlgefährdung/ Sucht im Familiensystem entlasten?

Siehe 30.

## **Experteninterview Drogenberatung**

Teilnehmer: Studentin Anja Böhle (AB) & Beraterin (B) einer Düsseldorfer Drogenberatungsstelle Die Fragen werden folgend nummeriert dargestellt und sind durch die Studentin gestellt worden. Alle weiteren Gesprächsverläufe können durch die Initialen dem jeweiligen Redner zugeordnet werden.

Datum des Interviews: 29.04.2011; Interviewdauer: 28.30min

1) Welche Berufsausbildung haben Sie?

B: Ich bin Diplom Sozialpädagogin

2) Welche Zusatzausbildung haben Sie?

B: Gar keine

3) In welchen Tätigkeitsfeldern hast du Berufserfahrung?

B: In der Jugendarbeit, in der Drogenberatungsstelle, in der offenen Ganztagsgrundschule (OGS) und Kindergarten

4) Wie lange sind Sie im aktuellen Arbeitsfeld tätig?

B: 1,5 Jahre jetzt genau

5) Wie lange arbeiten Sie bei Ihrem aktuellen Arbeitgeber?

B: Das ist identisch und beträgt 1,5 Jahre

6) Welche Position haben Sie in Ihrer Einrichtung inne?

B: Funktion ist einfach nur normale Mitarbeiterin.

7) Wer sind die Adressaten Ihrer Tätigkeit? (Klienten, Patienten)

B: Aktuell Drogenabhängige, ehemalige Drogenabhängige, Angehörige, Eltern und jugendliche Drogenabhängige (zusammenfassend Klienten)

8) Wie viele Klienten betreuen Sie in der Einrichtung?

B: Es wechselt sich immer ab, weil immer welche in Therapie, im Knast oder vielleicht auch mal clean werden. Ich würde sagen: Im Schnitt kommen zu uns im Durchlauf 500 Leute. Die wechseln aber.

9) Wie finanziert sich die Einrichtung? Ist es pauschal oder einzelfallfinanziert?

B: Ganz unterschiedliche Geldquellen. Erstens: Das Land NRW, die Stadt Düsseldorf und

der LVR, Spenden und beim Betreuten Wohnen werden die Fachleistungsstunden auch beim LVR abgerechnet. Ach und Bußgelder, die vom Gericht angeordnet werden.

10) Und ist das vergleichbar mit der Frage, welcher Kostenträger dahinter steht oder würde diese Frage noch weitere Antworten beinhalten (bis auf die zuvor genannten Punkte)?

B: Wir sind ein eigenständiger Verein, der sich aus den gerade genannten Mitteln finanziert.

11) Wie verhält sich in der Einrichtung der Klientenschlüssel? (Anzahl der Klienten pro Mitarbeiter)

B: Jeder geht zu jedem – da kann man auch wechseln. Ich schätze, ich habe aktuell 50 Klienten.

12) Wie oft kommen die Klienten?

B: Von täglich bis einmal im Monat. Ganz unterschiedlich. Manche kommen auch erst monatlich und plötzlich täglich.

13) Welche Professionen sind im Gesamtteam vertreten?

B: Viele! Sozialpädagogen, Sozialarbeiter, die entsprechenden Bachelor auf dem Gebiet der sozialen Arbeit, Krankenpfleger, Suchtberater, Suchttherapeut, eine BWLer`in, Rettungsfachkräfte, Rettungssanitäter, Rettungsassistenten & Hausmeister. Ach und Verwaltungsfachkräfte gibt es natürlich auch.

14) Wie viele Mitarbeiter arbeiten im Team?

B: Alle zusammen sind es so um die 60. Hier sind alle, also auch die Verwaltungsleute dabei.

## **Teil B Information und Ausbildung**

15) Haben Sie in Ihrer Einrichtung bereits Erfahrung mit Kindeswohlgefährdung im Familiensystem?

B: Am Rande bin ich damit in Berührung gekommen.

16) Anhand welcher Kriterien hast du die Kindeswohlgefährdung identifiziert?

B: Die Mutter kam mit dem Kinderwagen auf den Hof und wollte in den Konsumraum und das Kind stand alleine auf dem Hof

17) Fühlen Sie sich durch Ihre Ausbildung auf das Thema Kindeswohlgefährdung im Familiensystem ausreichend vorbereitet und ausreichend ausgebildet?

B: Durch meine Ausbildung heißt Studium

17a) heißt Studium und alle Punkte, die du unter Ausbildung angegeben hast?

B: Nein gar nicht! Habe ich nichts von gehört, nichts gelernt, nicht mal im Ansatz.

18) Steht Ihnen in Ihrem Arbeitsfeld ein Fortbildungsangebot zum Thema Kindeswohlgefährdung im Familiensystem zur Verfügung?

B: Nein, da müsste ich vielleicht ganz viel kämpfen. Vielleicht irgendwie, irgendwann. Anregen könnte ich es also. Aber es ist nicht vorgesehen und auch nicht im Kopf von den Leitungsmenschen.

19) Können Sie in Ihrer Einrichtung auf eine Fachkraft zum Thema Kindeswohlgefährdung im Familiensystem zurück greifen?

B: Ja, das schon. Es gibt 2, die sich schon ganz lange damit beschäftigt haben. Wir haben auch einen Arbeitsschwerpunkt Jugend. Die Leute sind dafür speziell zuständig. Die kann man auch fragen.

19a) Handelt es sich hierbei um Fachkräfte nach dem § 8a SGB VIII?

B: Richtig Fachkräfte, hm nein. Aber die hatten glaube ich eine Fortbildung.

20) Ist man mit dieser personellen Aufstellung zufrieden oder sieht man Veränderungsbedarf?

B: Man ist damit zufrieden. Veränderungen sind keine geplant.

### **Teil C Handlungsstrategie und Netzwerk**

21) Wie sehen Sie Ihre Rolle im Helfernetzwerk bei Kindeswohlgefährdung im Familiensystem?

B: Eher am Rande. Weil unsere Hauptaufgabe ist ja die Suchterkrankung. Wir beraten, betreuen, behandeln und bequatschen bei Suchterkrankung. Das steht im Vordergrund. Wenn man aber im Zuge dessen was mitkriegt, sollte man natürlichgenau hingucken. Mal nachfragen, mal nachhaken. Z.B „Wie läuft das denn mit dem Kind, zu Hause, mit Ihrem Mann und so?“ Wir haben auch viele Patch-Work-Familien – ob die dann alle so klar kommen.

21 a) Wird das dann direkt schon zu Beginn abgefragt in welchem System der

suchterkrankte Klient lebt? Also fragen Sie ab – haben Sie Kinder oder ... (weitere Beispiele müssen nicht aufgeführt werden)

B: Unter anderem. Es ist ein Punkt neben dem Konsumverhalten, Einkünfte des Klienten usw. Aber es gehört fest zur Anamnese dazu. Es wird also auf keinen Fall ausgeklammert. Zum Beispiel im EBIS (das ist dieser statistische Erfassungsbogen), was glaube ich an das Land NRW geschickt wird. Da gibt es auf jeden Fall die Frage: Haben Sie Kinder, wie viele und wie alt sind die? Und wo leben die Kinder? Also das gehört da schon mit rein. Das so ein Punkt, wie die berufliche Situation oder die finanzielle Situation mit Kindern.

21 b) Ok, es wird aber nicht besonders hervorgehoben, ist ein Teil der Anamnese, wo die Einrichtung sagt, Thema hauptsächlich ist die Sucht. Ein Thema nebenbei sind dann einfach

die Kinder und die sonstige Anamnese.

B: Genau

22) Jetzt haben Sie Ihre Rolle kurz definiert. Entspricht diese der Ihnen zugesagten Stellenbeschreibung?

B: Eigentlich schon, ja. Würde ich so sehen und hat man auch nicht anders kommuniziert.

23) Wie gehst du bei einer möglichen Kindeswohlgefährdung im Familiensystem konkret vor?

B: Also erst mal würde ich das beobachten, wie es halt kommt entweder länger oder kürzer. Dann würde ich mit der Mutter oder Vater oder wer es auch sonst ist näher beschäftigen, auch mit ihr das Thema thematisieren. Halt wie geht sie mit dem Kind um. Wie läuft es, wer betreut es, wie viel konsumiert sie? Warum? Wer beaufsichtigt das Kind und so ne Sachen? Hm, wenn die das Kind mitbringt, ist es sag ich mal nicht gern gesehen, dass Kinder mitkommen, weil man sagt, dass Umfeld stimmt nicht und so. Es ist kein Platz für Kinder. Wenn Kinder aber mitgebracht werden, werden die nicht sofort weggeschickt. Dann guckt an erst mal, wie gehen die mit dem Kind um, sieht das gut aus, wie sieht das Kind aus? Ist das alles Alters entsprechend und solche Sachen. Hm ja also erst mal beobachtet und dann wird auf jeden Fall dokumentiert, was man beobachtet hat. Das ist ganz wichtig, weil wir haben so ne elektronische Datenbank auf dem Server. Da gibt ein Übergabebuch! Hier wird alles Schrittchen für Schrittchen dokumentiert, wenn so was ansteht. Wenn nicht, dann natürlich nicht. Aber wenn man merkt, da ist etwas komisch oder vielleicht, dann wird das dokumentiert, dass man das im Zweifel auch nachvollziehen kann, wenn man es mal rechtfertigen muss. Ja, dann wird natürlich mit den Kollegen darüber gesprochen und im Team wird's angesprochen, so dass viele



mögliche Blickwinkel vorhanden sind und so das jeder mal drauf gucken kann. Hm ja, wenn man dann sagt, da könnte vielleicht so ein Bedarf sein z.B. ne Familienhilfe, dann wird so etwas erst mal mit dem Klienten besprochen, nicht sofort zum Jugendamt rennen (ne!) und dann wird auch so ein bisschen die Angst vor dem Jugendamt genommen, weil vielen haben natürlich noch die Angst. Und wenn der Klient dann sagt, „ja wär jetzt gut so ne Familienhilfe“, dann ist es super und wird entsprechend abgehakt. Wenn er sich allerdings jetzt ganz verschließt und nix will und man merkt aber, es läuft nicht, dann muss man natürlich nochmal gucken und dem Klienten sagen, dass wir angehalten sind in dem Falle, wo wir sagen: „Ja, eine Kindeswohlgefährdung liegt vor.“, das Jugendamt zu informieren. Dann ist schon mal Alarm, ne. Dann ist natürlich die Sache: Wir haben ja die Schweigepflicht (§ 203 Z3, kennen Sie ja). Da muss man natürlich auch gucken. Du darfst ja nicht bei jeder Lappalie das Jugendamt informieren. Da machst du dich ja strafbar. Da muss ja der §34 greifen, „Gerechtfertigter Notstand“, ja genau. Und wenn du natürlich das Wohl des Kindes, sein Körper, Seele und Geist gefährdet siehst, dann müssen wir natürlich das Jugendamt informieren. Es besteht die Möglichkeit, das du anonym den Fall schilderst beim Jugendamt dort zu melden ohne das wir Namen nennen von denen und auch nicht sagen wer wir sind. Also ganz anonyme Person. Du sagst nicht, wer du bist oder wo du arbeitest, schilderst einfach nur diesen Fall und dann sagt dir jmd. vom Jugendamt, ob es notwendig ist, das jetzt konkreter zu machen. Wenn die sagen: „Nein, beobachten Sie mal weiter.“, dann lässt du davon ab und wenn die sagen: „Ja, hier muss gehandelt werden.“, dann kannst du Namen nennen. Du kannst es aber trotzdem anonym machen. Das ist gut und auch neu. Wir müssen also nicht sagen: Beratungsstelle XXX, Name der Beraterin. Du machst anonym deine Anzeige, nennst den Namen und dann gucken die mal drauf.

23a) Habt Sie davon schon mal Gebrauch gemacht?

B: Ääääh, nein – aber fast. Zum Glück ging die Mutter am Folgetag in die Mutter-Kind-Therapie. Ich war ganz knapp davor und habe alle möglichen Hilfesysteme zuvor angerufen, KOMPASS zum Beispiel und die haben mich zum Glück beruhigt und gesagt: „Ja, die gehen morgen in die Mutter-Kind-Therapie.“

23b) Aber Hemmschwelle ist immer die Schweigepflicht?

B: Ja! Da musst du ja auch eine Schweigepflichtsentbindung unterschreiben lassen, damit ich überhaupt beim KOMPASS nachfragen darf. Ich kann ja nicht einfach beim KOMPASS Namen nennen. Da musste die Mutter die Entbindung unterschreiben und danach ging es so hin und her. Ja – ist eigentlich ein unschönes Thema in der Arbeit.

23c) Wird es denn von allen gleich gelebt?

B: Eigentlich schon. Also die Richtlinien kennt jeder (Innehalten), obwohl nein. Das ist nicht richtig. Eigentlich sieht es so aus, dass die Kollegen dann zu mir kommen und sagen. Du- ich hab da einen Fall. Kannst du mir mal helfen und dann guck ich und anschließend alle und dann sag ich, was sie machen sollen.

B: Manchmal ist es auch ein ganz krasser Unterschied, ob die Berater ein eigenes Kind haben oder nicht. Das ist total lustig. Wir haben uns deswegen schon sehr in die „Köpfe“ gekriegt. Die, die ein Kind haben, machen viel schneller Alarm, als die Mitarbeiter, die keines haben.

24) Gibt es in der Einrichtung einen Ablaufplan, wie bei einer möglichen Kindeswohlgefährdung im Familiensystem vorgegangen werden sollte.

B: Ja, die gibt es. Es gibt eine Richtlinie, einen Leitfaden, der auch so heißt und auf dem Server für jeden zugänglich ist und der genau die Schritte beinhaltet, die ich zuvor gesagt hatte.

25) Welche Ansprechpartner im Helfernetzwerk werden dann in Anspruch genommen?

B: Das sind erst mal andere Einrichtungen, also Beratungsstellen, dann vielleicht auch Frauenberatungsstellen, wo die evtl. auch angebunden sein könnten und natürlich das Jugendamt. Und dann gibt es noch den „Sozialen Dienst“. Oh ich weiß nicht, wie heißt der eigentlich? Irgendein „Sozialer Dienst“. Intern habe ich die Teambesprechung zum Austausch.

26) Welche Inhalte werden bzgl. der Familien bzw. Suchtanamnese erhoben?

B: Wir erfassen ob und mit wem die Klienten zusammen leben. Gibt es einen Partner oder Ehemann. Mit welchen und wie vielen Kindern wird zusammengelebt. Wie alt sind diese. Das auf jeden Fall - und zur Sucht wird natürlich immer alles erhoben. Wer, Wie, Was, Wann konsumiert und wie oft. Welche Substanzen, ob die substituiert werden oder nicht, eben solche Sachen.

27) Welche Einrichtungen des Hilfsnetzwerkes Kindeswohlgefährdung im Familiensystem sind Ihnen bekannt?

B: Ach her je, wenig ne. Also Jugendamt, Jugendschutzstelle, Einrichtungen für minderjährige Trebegänger, Trebecafe ist das zum Beispiel in Düsseldorf. Oder der Knackpunkt (Notschlafstelle für Minderjährige). Ansonsten hm – der Kinderschutzbund. Mehr weiß ich nicht.

## **D Wünsche und Perspektiven**

28) Was muss aus Ihrer Sicht passieren, damit eine Kindeswohlgefährdung besser erkannt werden kann?

B: Mal eine Fort- und Weiterbildung und eine Supervision zu diesem Thema. Auch für alle Mitarbeiter. Äähm, was könnte noch passieren? Ja, vielleicht, das die Jugendämter besser mit uns zusammen arbeiten, auch sich mal vorstellen, was es für Möglichkeiten gibt, oder das wir mal dahin gehen und die machen mal so einen Infotag oder so was. Das die mal sagen: Ja, guckt mal – das bieten wir an. Schlagen sie das doch mal ihren Leuten vor“. Weil so richtig wissen wir nicht, was es gibt und was das Jugendamt alles anbietet. Wir kennen diese SPFH und dann war es das eigentlich schon. Ja man weiß leider nichts. Man weiß auch nicht, wann man wem was wegnimmt. Wann es dann soweit ist, das man wirklich sagt, nehmen wir das Kind aus der Familie. Wann und wie und unter welchen Voraussetzungen kommen die Kinder dann in Pflegefamilien zum Beispiel? Welche Kriterien müssen erfüllt sein, damit die Klienten die Kinder wiederbekommen? Ich würde mir also eine Zusammenarbeit mit dem Jugendamt wünschen.

29) Welche Wünsche würden Sie an die Kollegen der Jugendhilfe stellen, damit die Zusammenarbeit optimiert wird?

B: Wie ich bereits sagte, also einfach mal so einen Infotag oder Tag der Offenen Tür. Irgend so etwas.

30) Was müsste sich in Ihrem Arbeitsfeld verändern, um die Zusammenarbeit zu verbessern?

B: Natürlich ist ja immer – Mangelnde Kapazitäten. Du hast also nicht so viel Zeit, da ständig drauf zu gucken. Du versuchst das und machst das, aber dann bist du wieder einen Tag in einem anderen Bereich und dann siehst du die schon gar nicht mehr.

B: Vielleicht auch, dass mal ein paar mehr Mitarbeiter mal ein bisschen mehr Ahnung von diesem Thema kriegen und haben.

B: Wie gesagt: Fortbildung und Weiterbildung, Klausurtagungen.

31) Welche Maßnahmen könntest du dir im Problemfeld Kindeswohlgefährdung im Familiensystem als Entlastung vorstellen?

B: Familienhilfen, die regelmäßig in der Familie sind Hebammen, die nach der Geburt des Kindes die Familie unterstützen.

AB: Betrachten Sie nicht nur das Familiensystem bei der Frage, sondern vor allem „Was Sie als Beraterin entlasten würde“?

B: Für mich wäre schön, einfach nur darüber reden zu können, ohne dass es gleich Konsequenzen hagelt und die Kinder sofort aus den Familien geholt werden. Im Moment muss ich sehr darüber nachdenken, wann kann ich wem was mit welcher Konsequenz sagen. Hier würde ich mir unkomplizierter den Dialog wünschen.

B: Die Sache ist halt, dass drogenabhängige Mütter immer einen schweren Stand haben. Da kann alles super laufen und trotzdem werden die ganz komisch angeguckt; auch und gerade vom Jugendamt.

AB: Vielleicht aber auch, weil das Jugendamt gleichfalls die Sucht nicht einschätzen kann und entsprechend urteilt. Man hat also auf beiden Seiten eine ähnliche Problematik. Auf der einen Seite kann man die Kindeswohlgefährdung schwierig einschätzen und auf der anderen Seite schwer die Konsequenzen von Sucht erfassen.

32) Und gibt es noch irgend einen sonstigen Punkt, den Sie gerne erwähnen möchten, denn wir sind mit den Fragen soweit durch.

B: Ja, also die Einrichtung hat für das Thema nicht so richtig Platz. Also das kann man ruhig mal so sagen. Man könnte mit Sicherheit mehr Platz dafür einräumen. Beispielsweise eine „Offene Sprechstunde“ für Mütter mit kleinen Kindern oder ein Kontaktladenangebot nur für Mütter mit Kindern (wie in Ehrenfeld – Programm „Kinder von Suchtkranken [KISU]“), wo man Spielangebote machen kann. Dadurch wäre die Einrichtung nochmal näher an dem Thema dran und wir könnten über die Anamnese Punkte hinaus die Beziehung zu den Kindern beobachten.

AB: Ist aber ja eigentlich auch ein Wunsch von Ihnen zur Verbesserung der aktuellen Situation.

B: Ja genau. Ich glaube nämlich, dass viele mit ihren Kindern vorbei kommen würden an dem vorgegebenen Tag. Da hätte man im Familiensystem wirklich mal einen Einblick.

AB: Noch irgendwelche Punkte?

B: Nein

AB: Dann nochmals besten Dank für die Zeit und Unterstützung. Die Ergebnisse stellen wir Ihnen gerne wie besprochen zur Verfügung.

## **Experteninterview Suchtberatungsstelle**

Das Interview wurde am 20.05.2011 durchgeführt.

B: ...Habe eine Weiterbildung Fortbildung in Integrativer Therapie gemacht und da ist der Leiter der Wolfgang Scheiblich, der Leiter vom Sozialdienst Katholischer Männer - kennen Sie ihn?

N: Leider nur als Buchautor und ich habe von einem Kollegen erfahren, dass er in diesem Suchttherapiemaster sehr aktiv sein soll.

B: Genau und er bildet aus in Integrativer Therapie nach Petzold. Ich weiß nicht ob Ihnen das etwas sagt? Er ist da auch an Büchern beteiligt....Wie dieses hier zur integrativen Suchtarbeit, da ist er Mitherausgeber mit Hilarion Petzold und hat auch einige Artikel verfasst. Er ist da ziemlich aktiv und hat einen gut renommierten Namen. Er war jetzt auch lang Vorsitzender von der Casu - Caritas Suchthilfe bundesweit und hat das aber jetzt abgegeben. Gut also, dann legen wir los oder?

N: Ja gern. Für uns wäre zunächst interessant, welche Berufsausbildung sie haben?

B: Ich bin DiplSozpäd von der Grundausbildung und habe eine Zusatzausbildung in systemischer Familientherapie und in Integrativer Suchttherapie

N: Die sie gerade erwähnt haben?

B: Ja genau.

N: Wie lange sind Sie denn schon im Berufsfeld Sucht?

B: Ich bin jetzt ziemlich genau 19 Jahre hier in der Caritas PSB in Biberach.

N: Und zuvor auch schon in der Suchtarbeit tätig gewesen?

B: Ne zuvor war ich in der Erziehungshilfe in einem Jugenderziehungsheim und im Integrationsdienst.

N: Integration in die Arbeit, also beruflichen Bereich?

B: Ne, das waren Asylbewerber.

N: Ach ok. Welche Funktion haben sie denn hier? Teammitglied oder Leiter?

B: Ich bin hier normales Teammitglied. Wir haben einen Fachleiter der aber nicht im Team integriert ist. Er kommt aus einem ganz anderen Bereich. Wir haben keinen Leiter innerhalb vom Team sondern eben diesen Fachleiter dem wir zugeordnet sind und der kommt aus dem GPZ und selber nicht aus dem Suchtbereich.

N: Welcher Profession gehört ihr Fachleiter denn an?

B: Der ist auch Diplom Sozialpädagoge.

N: Wer ist denn ihr Klientel, also welche Adressaten gibt es hier?

B: Der größte Teil unserer Klientel ist bei uns häufig Alkoholprobleme und dann haben wir einen relativen hohen Anteil an Klientel aus den illegalen Bereich, also viele Substituierte, da machen wir im Rahmen einer qualifizierten Substitutionsbehandlung die psychosoziale Begleitung.

N: Ah ok

B: Wir haben die letzten 1,2 Jahre zunehmend mehr Leute, die eine Spielsucht haben und wir haben Klientel, also jüngere Klientel, im Rahmen eines Projektes, dem HALT Projekt. Ich weiß nicht, kennen Sie dass? Aber die Hauptaufgaben sind Alkoholprobleme, Drogenprobleme, Cannabis und Spieler.

N: Und haben Sie auch Angebote für Angehörige?

B: Genau. Also wir bieten auch Gespräche und Gruppen für Angehörige an. Also dass die Angehörigen allein Kontakt haben oder auch gemeinsam mit dem Betroffenen. Der Zugang findet nicht selten zunächst über die Angehörigen statt bis die Betroffenen dann selber kommen.

N: Hmh. Wie viele Klienten betreuen sie denn in ihrer Einrichtung?

B: Also wir haben 2010 knapp 480 Klienten gehabt. Wobei man dazu wissen muss, dass die statistische Erhebung verlangt, dass nach zwei Monaten ohne Kontakt die Beratung abgeschlossen werden muss und dann auch so 2–3 doppelt erfasst werden, weil die dann in EBIS neu angelegt werden müssen und als Neuaufnahme gelten.

N: Wie finanziert sich denn ihre Einrichtung?

B: Also wir werden zum Einen, zum größten Teil, finanziert vom Landkreis Biberach, wir kriegen einen Zuschuss vom Land Baden Württemberg und wir werden finanziert von der Caritas, Diözese Rottenburg Stuttgart und durch Eigenmittel die wir erwirtschaften, durch ambulante Reha.

N: Ah ja, das heißt ambulante Reha, wenn über die Kostenträger Rentenversicherung und Krankenversicherung hier ambulante Therapie gemacht wird, oder?

B: Ja genau.

N: Können Sie denn einen Klientenschlüssel einschätzen, also wie viele Klienten auf einen Mitarbeiter kommen?

B: Das ist schwer zu sagen, also wir haben hier insgesamt ein Deputat von 4,75 ...

N: Vollzeitkräften?

B: Ja Vollzeit.

N: Ok dann kann ich das ja auf die 480 umlegen.

B: Ja genau.

N: Richtet sich das dann auch am Bedarf des einzelnen Klienten aus oder werden die Klienten zahlenmäßig verteilt?

B: Ja klar, es gibt Klienten die kommen nur einmal und wieder andere, die sind schon Jahre bei uns abgebunden, also der Klientenschlüssel sagt nix über die Frequenz aus oder wie viele Kontakte jetzt insgesamt stattfinden. Also Leute die in der ambulanten Reha sind, haben über 2 Jahre so 100-120 Kontakte und mehr.

N: Hmh ok. Welche unterschiedlichen Professionen gibt es denn hier?

B: Also wir sind Dipl Sozpäd/arb, wir haben nen Mitarbeiter der ist Dipl Psych und wir haben eine Teamärztin. Die ist auf Honorarbasis mehrere Stunden pro Woche da, die ist Psychiaterin und Fachärztin für Psychotherapie und Suchttherapie...

N: Die dann auch regelmäßig ins Team kommt oder auch Klientenkontakt hat?

B: Die kommt regelmäßig ins Team, aber die sieht auch unsere Klienten wenn wir den Bedarf sehen oder auch wenn jemand psychiatrisch begutachtet werden muss.

N: Wie viele Mitarbeiter sind Sie im direkten Team?

B: 7, aber meistens mit wechselnden Prozentsätzen.

N: Arbeiten sie denn im Rahmen der Substitutionsbehandlung auch mit ambulanten Ärzten gemeinsame?

B: Genau. Es gibt den Arbeitskreis SUB, also Arbeitskreis Substitution und da treffen wir uns regelmäßig mit den substituierenden Ärzten und machen da Fallbesprechungen und reden über Neuerungen in der Substitutionsbehandlung und so.

N: Passiert ja gerade auch viel, oder?

B: Ja sehr.

N: Ahm was ja unsere zentrale Fragestellung ist, wie Ihre Erfahrungen mit der Problematik Kindeswohlgefährdung in ihrem Arbeitsbereich sind. Also ob das hier schon überhaupt mal vorgekommen ist oder zum Thema wurde?

B: Hmh, ja also das haben wir eigentlich schon immer im Blick wenn also Klienten mit Kindern, also junge Kinder in Familien sind und da sind wir durchaus auch immer wieder im Kontakt mit dem Jugendamt in Biberach.

N: Fühlen Sie sich denn durch Ihre Ausbildungen zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung ausreichend qualifiziert?

B: Leider nein.

N: Stehen Ihnen Fortbildungen zum Thema zur Verfügung?

B: Hm auch nicht. Das müsste ich auf eigene Initiative und Kosten machen.

N: Erheben sie direkt bei der Anamnese, wer in der Familie des Klienten lebt?

B: Ja also das erheben wir auf jeden Fall. Also wen gibt's in der Familie, Familienstand, sind Kinder im Haus... das wird auch abgefragt in unserem Datensatz bei jedem Klienten, also sind Kinder in der Familie bzw. im Haushalt.

N: Also wenn sie sagen, das kommt bei ihnen immer wieder vor und das haben Sie im Blick, gibt es dann hier auch so eine Art Kriterienkatalog oder Ablaufplan, wenn sie Kindeswohlgefährdung befürchten?

B: Ja also zunächst mal würde der Fachleiter informiert werden, würde ein solcher Verdacht bestehen und mit ihm gemeinsam abgeklärt, wie wir vorgehen. Also ob wir das Jugendamt informieren oder mit anderen Stellen zunächst austauschen

N: Also im Gespräch mit dem Fachleiter wird das weitere Vorgehen besprochen?

B: Ja genau, also das Thema kommt immer wieder vor bei Frauen die in der Substitution sind und schwanger werden und da wird dann eigentlich immer mit der Klientin besprochen das Jugendamt einzuschalten, zu informieren bzw. ist es auch so, dass wir von der Kinderklinik in Ravensburg eingeschaltet werden, wenn dort Substituierte



entbinden, die haben da so ein Projekt, dass der substituierende Arzt, die begleitende Beratungsstelle und das Jugendamt in der Klinik zu einem Gespräch eingeladen werden mit der Mutter, um einfach so die ganzen Nachfolmaßnahmen einzuleiten.

N: Hmh immer das Einverständnis der Klientin vorausgesetzt oder gibt es da auch andere Fälle?

B: Also ich sag mal wenn die Notwendigkeit besteht, dann würden und müssten wir auch ohne Einverständnis der Klientin melden, aber bisher haben wir es immer so gehandhabt, wenn's passiert ist, dann haben wir die Klienten informiert, dass wir aus der Verantwortung heraus das Jugendamt informieren.

N: Also nicht gefragt, sondern informiert?

B: Informiert. Also sicher ist es sinnvoll dies im Einverständnis zu machen, aber wenn das nicht funktioniert, dann müssen wir auch das JA informieren ohne Einverständnis.

N: Ahm sie haben vorher angesprochen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung würden sie ihren Fachleiter informieren, gibt es denn sonst auch Mitarbeiter hier, die speziell fortgebildet sind zum Thema Kindeswohlgefährdung oder der sich hauptsächlich damit beschäftigt?

B: Das haben wir jetzt nicht, dass hier jemand ne spezielle Weiterbildung oder Fortbildung gemacht hat. Es gibt beim Jugendamt Biberach Ansprechpartner, die man anonym, als ohne jetzt den Klienten schon zu nennen, kontaktieren kann, um sich auszutauschen, wie man indem Fall vorgehen kann. Also da gibt's ein Angebot im Jugendamt. Die haben auch so einen bestimmten Titel.

N: §8a-Fachkräfte?

B: Genau und da gibt's regional zuständige Ansprechpartner für die einzelnen Jugendamtsbereiche.

N: Und das hört sich so an, als würden sie da auch regelmäßig das Angebot nutzen und sich absprechen?

B: Hm nein so weit sind wir nicht...also da sind die Strukturen noch nicht allzu gut ausgebildet...wir wissen, dass es das gibt, aber da gibt's jetzt keinen regelmäßigen Austausch im Moment.

N: Sondern den Kontakt im Bedarfsfall?

B: Genau

N: Wie würden sie denn ihre Rolle beschreiben im Helfernetzwerk, wenn ein Klient bei ihnen in der Beratung ist und noch Kinder in der Familie im Haushalt, wie da ihre Rolle aussieht?

B: Also das ist unterschiedlich...so also manchmal haben wir wie so eine Art CaseManager-Funktion und manchmal werden wir auch von anderen Stellen hinzugezogen und decken dann den Suchtbereich ab, wo es drum geht ne Mutter in Therapie zu vermitteln oder sogar vielleicht auch mit Kund oder den Vater aus der Familie zu behandeln. Aber wenn Leute bei uns als erstes auflaufen und wir so die Beziehung aufbauen, da kann es schon sein, dass auch wir so die ganze Organisation machen und die verschiedenen Stellen einschalten. Erziehungsberatungsstellen, Kontakt zum Jugendamt...ja ich sag mal das ist je nach Fall und Situation recht unterschiedlich.

N: Entspricht das auch so ihrer Stellenbeschreibung?

B: Oh eine Stellenbeschreibung habe ich jetzt schon lange nicht mehr gesehen, aber ich glaube nicht, dass dazu etwas drinsteht und erst recht nicht zum Kindeswohl ... das kann ich mir jetzt nicht vorstellen.

N: Sie beschreiben jetzt ein breites Spektrum vom CaseManager bis zum Suchttherapeuten-ist das denn so von ihrem Arbeitgeber gewünscht oder ergibt sich das eher aus der täglichen Arbeit?

B: Hm das ergibt sich eher... es gibt Klienten die sind ausschließlich bei uns und andere die sind zum Beispiel noch in der PIA, der Psychiatrischen Institutsambulanz, oder die sind noch an andere Stellen angedockt, da gibt es wirklich sehr unterschiedliche Konstellationen. Wir haben Leute die sind im Rahmen der Eingliederungsvereinbarung von Sozialamt geschickt worden und gemeinsames Klientel mit der Wohnungslosenhilfe, Bewährungshilfe ist ein Zugang, Justiz, Streetwork was jetzt ja gerade neu am Entstehen ist in Biberach und da sind wir eigentlich auch ganz gut vernetzt. Aber das ist eben so die Alltagssituation ,dass wir eben schauen, wer ist wo mit angebunden, wer ist da noch mit dabei und an der Familie dran.

N: Haben Sie dann auch, also rein zeitlich, die Möglichkeit, sowas wie Helferkonferenzen zu organisieren?

B: Also es kommt immer wieder vor, wenn ein Bedarf besteht, aber manches passiert übers Telefon, ja und nach Absprache hier im Team, mal mit nem anderen Dienst Kontakt aufzunehmen, Integrationsfachdienst zum Beispiel...und auch umgekehrt...jetzt aber so große Helferkonferenzen sind eher die Ausnahme.

N: Könnten sie mir an der Stelle vielleicht noch mal etwas näher beschreiben wie die Kooperation mit dem Jugendamt aussieht? Ist das abhängig vom einzelnen Mitarbeiter, vom einzelnen Fall? Sie haben am Telefon auch schon die Kindergruppe angesprochen...

B: Genau, also so eine strukturierte Zusammenarbeit mit dem Jugendamt könnte besser sein...so von meinem Kenntnisstand her, scheint das immer auch so ein Problem der zeitlichen Ressourcen zu sein, was größere Treffen angeht...ahm es hängt sicher auch von den einzelnen Mitarbeitern ab...was ich jetzt so für Erfahrungen gemacht habe, wenn man sich persönlich kennt, ist doch der Zugang viel leichter, wie wenn man sich nur vom Telefon kennt..

N: Was ja dafür sprechen würde, dass die Zeit gut investiert wäre...?

B: Ja genau

N: ...aber es scheint auch im Alltag für Sie schwer zu sein eine engere Kooperation herzustellen?

B: Ja wobei wir auch immer das Signal kriegen, dass die Mitarbeiter vom Jugendamt am oberen Limit sind und es ganz schwer ist auch überhaupt jemanden ans Telefon zu bekommen.

N: Was müsste denn aus Ihrer Sicht passieren, dass die Kindeswohlgefährdung zuverlässig und rechtzeitig erkannt wird?

B: Also was bei uns immer wieder Thema ist, grad also auch mit Substituierten, das ist, dass wir denken, dass es manchmal sinnvoll wäre, dass das Jugendamt...ja wie soll man das formulieren.... Viel verbindlicher in den Familien wäre...also von anderen Landkreisen weiß ich, dass in Substitutionsfamilien grundsätzlich das Jugendamt auch mit drin ist, das ist lediglich im Landkreis Biberach nicht so...also das ist so ein Thema das könnte ausgebaut und forciert werden...wobei man nicht sagen kann, in jeder Substitutionsfamilie gibt's Probleme, es gibt viele Substituierte die sind substituiert, haben keinen Beikonsum, gehen ihrer Arbeit nach und leben relativ unauffällig und doch macht's vielleicht Sinn, dass da das Jugendamt auch immer wieder mal, sei es auch 1 mal im Jahr, in der Familie drin ist...also das können wir nicht leisten, also in die Familie zu gehen. Das gibt's zum Beispiel im Kreis Ravensburg, dass die Caritas Suchtberatungsstelle auch ein gewisses Deputat zur Verfügung hat um Hausbesuche in den Familien zu machen, bzw. das gehört da zur Substitution verbindlich mit dazu...im Kreis Sigmaringen scheint es ähnlich zu sein...das ist schon so etwas wo wir immer wieder dran sind, aber ja das ist eben schwierig zu initiieren und da würden wir uns auch mehr Interesse und Engagement vom Jugendamt wünschen.

N: Das von der Seite auch das Signal kommt, wir wären an intensiverer Kooperation interessiert...?

B: Genau ja. Es ist so, wir haben vor 2 Wochen AK Sub gehabt und da haben die Ärzte von einer Studie berichtet aus Bremen...kennen sie die?...dass von 17 Kinder in Substitutionsfamilien bei 16 ein Nachweis von Medikamenten, Opiaten gefunden wurde und das gibt natürlich schon enorm zu denken...

N: Dass Kinder dann dämpfende Substanzen von ihren Eltern verabreicht kriegen?

B: Genau, wenn die nicht schlafen wollen oder schreien, etwas Methadon kriegen, oder L-Polamidon...

N: 16 von 17 ist natürlich immens...

B: Ja das ist die Zahl die uns genannt wurde...ich habe die Studie selbst noch nicht gesehen oder gelesen...

N: Ich habe auch nur die Zusammenfassung gelesen. Das war auch der Anlass unseres Projektes, der Fall Kevin in Bremen und vor allem was hinterher passiert ist. So mit den Fragestellungen welche unterschiedlichen Vorgehensweisen gibt es denn und wie sieht die Praxiserfahrung aus...

B: Genau was ich weiß ist so aufgrund dessen das Gesundheitsamt zum Jugendamt gegangen und hat angewiesen, dass verpflichtend aus allen Substitutionsfamilien von den Kindern Haaranalysen gemacht werden müssen und das finde ich schon ganz spannend...ja das ist gerade so das Aktuelle was in der Diskussion ist, auch bei uns...

N: Dass bei Ihnen auch schon die Frage besteht, ob dieses Vorgehen sinnvoll wäre?

B: Ja also das hätte ich mir gar nicht vorstellen können, dass die Zahlen so hoch sind oder sogar dass das überhaupt passiert, da war ich total überrascht...

N: Ja das ging glaub ich vielen und auch vielen vom Fachbereich so...?

B: Ja genau und deshalb glaub ich schon dass das ein Bedarf ist und dass man da noch genauer hinschauen muss...

N: Ja genauer hinschauen heißt vermutlich aber auch mehr Zeit und dann mehr Geld und Personal oder?

B: Genau und wir sind hier in der Beratungsstelle Biberach schon immer am unteren Level von der personellen Ausstattung her gewesen..

N: Auch im Vergleich zu Ravensburg und Sigmaringen?

B: Genau im Vergleich zu Ravensburg auf jeden Fall. Die sind besser besetzt, wo auch der Landkreis noch ein bestimmtes Deputat zahlt für Betreuung von Substituierten und da sind dann auch bessere Strukturen gewachsen, das gibt es bei uns nicht.

N: Also dass sie da auch sagen, da könnte der Landkreis mehr tun?

B: Ja...also wir fühlen uns da schon manchmal so wie Stiefkind, so gerade die Suchtberatungsstelle was personelle Ausstattung angeht.

N: Also auch im Vergleich zu anderen Beratungsstellen im Landkreis?

B: Hmh wir sind die einzige Beratungsstelle im Landkreis aber im Land sicherlich.

N: Haben Sie denn Wünsche oder vielleicht auch schon Ideen im Kopf, mal abgesehen von dem was es kosten würde, wie ein guter Kinderschutz funktionieren könnte? Auch in der Zusammenarbeit mit anderen Institutionen...?

B: Hmh also was wir jetzt forciert angehen ist der Kontakt zu den Selbsthilfegruppen um einfach auch auf das Angebot aufmerksam zu machen, gerade die Kindergruppe und bis Februar/ März hatten wir ja so ein Projekt Kinder suchtkranker Eltern, da haben wir uns engagiert und mitgemacht in dem wir gerade so die Flyer....ich weiß nicht kennen sie die?...

N: Ja ich meine, die haben wir auf unseren Suchtstationen auch...

B: Ja im ZfP habe ich mal welche vorbeigebracht...

N: Dankeschön...

B: Und die habe ich praktisch an alle Schulen im Landkreis verteilt und versucht auch durch das Anschreiben auf das Thema aufmerksam zu machen und dass vor allem gerade Erzieher und Lehrer sich sensibilisieren, weil die vielleicht eher so Auffälligkeiten feststellen.

N: Das heißt sie gehen auch aktiv nach außen?

B: Hm eher nicht, das war jetzt eben eine Aktion zu diesem Thema

N: Gibt es denn von ihrer Seite auch Wünsche an andere Einrichtungen zum Beispiel Jugendamt oder Kinderärzte oder gerade Lehrer ,Erzieher?

B: Also zu Kinderärzten haben wir hier gar keinen Kontakt und vereinzelt rufen Lehrer an, wenn sie einen auffälligen Schüler haben, aber auch eher wenn der dann schon selbst konsumiert, weniger weil er auffällig wird als Kind suchtkranker Eltern...da würde ich sagen, das ist vielleicht sogar noch gar nie vorgekommen...also das Thema Kinder

suchtkranker Eltern ist so ein Thema das noch ein bisschen mehr in die Öffentlichkeit müsste, das ist noch zu unbekannt... ja und dann gibt's ja die Kindergruppe, die wird von der Erziehungsberatung hier gemacht, also das ist ne Gruppe für Kinder suchtkranker und psychisch kranker Eltern, die sind in einer gemeinsamen Gruppe...einmal in der Woche für 1,5 Stunden und die wird geleitet von einer Kollegin der Erziehungsberatungsstelle und einem Kollegen vom Jugendamt und ich bin da immer wieder so als Gast eingeladen, um Fragen zu beantworten die die Kinder haben...wenn die fragen was ist Sucht und wir arbeiten zum Beispiel mit dem Buch...kennen Sie das?...Flaschenpost nach nirgendwo .. das benutzte ich in der Kindergruppe und da haben die Fragen gesammelt...

N: Verständnisfragen zum Thema Sucht?

B: Genau Verständnisfragen und wir wissen auch unsere Klienten wo Kinder da sind auf die Gruppe hin und manche Kinder unserer Klienten sind auch in der Gruppe gelandet. Das sind Leute die zum Teil aus einer Reha zurückgekommen sind oder auch Kinder von Klienten die bei uns ambulante Therapie machen, die sind dann sogar zeitgleich in der Gruppe.

N: Besteht zwischen Ihnen und den Gruppenleitern dann auch ein Austausch gerade zum Beispiel wie sie gesagt haben, wenn der Klient bei ihnen in Therapie ist und das Kind in der Gruppe?

B: Hm also so ne Art kollegiale Supervision machen wir...also das die anonym den Fall schildern und dann auch wissen was sie tun können bzw. von uns das Angebot, dass die Eltern jederzeit auch zu uns in die Beratung kommen können. Bis hin, dass wir auch schon besprochen haben, das auch verbindlich zu machen, also wenn die Eltern ihre Kinder in diese Kindergruppe schicken und zum Programm auch dazu gehört mindestens ein Gespräch in der Suchtberatung...also wenn die Kinder kommen, dann in der Regel über den Elternteil der das Suchtproblem nicht hat...außer es sind Eltern, die selbst süchtig sind und an den Punkt gekommen sind, ich merke, dass mein Kind davon auch betroffen ist und da vorbeugend etwas machen wollen und das sind dann auch die Eltern die schon in Therapie waren oder sind und da auch schon ein Bewusstsein entwickelt haben...

N: Hmh jetzt muss ich gerade mal schauen....sie haben mir schon viele Fragen im Verlauf beantwortet....

B: Ah ok...

N: Ja dann auch schon eher zum Abschluss aber noch eine ganz wichtige Frage, nämlich die Frage an Sie, was sie hier in Ihrer Arbeit in Bezug auf Kindeswohlgefährdung bzw. insgesamt Kinder im Haushalt entlasten würde?

B: Also was eine Stärke hier von diesem Haus ist, ist das hier einen Stock dieser die Psychologische Beratungsstelle ist die Erziehungsberatungsstelle, d.h. heißt wenn irgendwie ein Bedarf da ist, dann kann ich immer gleich mit dem Klienten oder der Klientin einen Stock tiefer gehen und dort auch einen Termin vereinbaren mit den Kindern. Also für die Kinder mit den Eltern. Das ist echt ne Stärke, also wenn das nicht wäre, wäre das zum Beispiel ein Wunsch... aber ahm so in Bezug auf die Kinder wäre sicher noch ein Wunsch ein stärkerer Kontakt zum Jugendamt und ein intensiverer Austausch oder auch so eine gegenseitige Schulung. Das ist einfach so, dass das Suchthilfesystem und das Jugendhilfesystem, das ...das kommt aus unterschiedlichen Richtungen...auch aus der Tradition, aus der Geschichte heraus und das ist gar nicht so einfach, sich da auch immer wieder näher zu kommen. Weil es einfach so unterschiedliche Systeme sind und dass da mehr passiert, das wäre schon noch ein Wunsch, ein Anliegen. Und ein Wunsch wäre das Thema Kinder suchtkranker Eltern mehr zum Thema zu machen.

N: In Fachkreisen wie auch in der Allgemeinheit, wenn ich sie richtig verstanden habe?

B: Genau, genau.

N: Was bräuchten sie denn dazu?

B: Mehr Zeit. Also mehr Zeit und dadurch eben auch mehr geistige Ressourcen...

N: Also nicht so im Alltagsstress und zwischendurch..?

B: Genau nicht in 5 Minuten wo gerade mal nix ist, sondern so Zeit um auch Konzepte und Ideen zu entwickeln... um einfach auch geplant und strukturiert vorzugehen...oder auch die Zusage mal etwas anderes lassen zu können um diesen Schwerpunkt zu verfolgen.

N: ..einen anderen Bereiche weglassen oder abgeben zu können, um dann gezielt daran zu arbeiten?

B: Ja genau, aber das ist dann gar nicht so einfach.

N: Ja das wären meine Fragen bereits gewesen.

B: Oh das ging jetzt aber doch flott...

N: Ja, es hörte sich für mich auch so an, als hätten sie sich schon viele Gedanken zu dem Thema gemacht?

B: Ja das ist so das Thema der letzten 1-2 Jahre das auch immer mehr zu meinem Thema wurde...Kinder suchtkranker Eltern, die Kindergruppe und auch dass ich im Gespräch so versuche den Fokus so auf die Kinder zu richten oder eben bewusst danach frage...so wer ist da von den Kindern, was kriegen die mit...und da kriegt man dann auch schon viel raus...ob jemand sagt, meine Kinder kriegen gar nix mit oder auch dass sie sagen doch sehr wohl...aber wir sind hier an der Stelle nicht speziell geschult, sondern da ist dann eher die Erziehungsberatung der Ansprechpartner, wenn es gelingt die Eltern dazu zu kriegen, auch nach den Kindern zu schauen... das ist dann was, was wir eher übergeben ...weil die einfach entsprechend geschult sind...

N: Ja und da ist dieser kurze Weg den sie beschrieben haben Gold wert oder?

B: Ja und die Arbeit mit den Kindern ist ja dann auch die Aufgabe der Kollegen...

N: Ja dann noch mal vielen Dank dass sie sich die Zeit genommen haben

B: Ja wie gesagt, dass regt auch mich an, an das Thema wach zu halten und noch mal genauer zu schauen, wie wir evtl. doch noch mit dem Jugendamt enger zusammen kommen könnten. Ja da bleibt jetzt auch bei mir was hängen.

N: Schön, das freut ich natürlich zusätzlich.

Abschließend noch Angebot der Übersendung des Abschlussberichtes. Berater würde sich über Versand sehr freuen - auch als Grundlage/Unterstützung für seine weiteren Bemühungen.



## Anhang C:

### Auswertungsmatrix Experteninterviews „Kindeswohl im Kontext der Suchtkrankenhilfe“ Kategoriensystem

Codierung der Interviews:

A: Jugendamt  
B: Entzugklinik  
C: Kinderklinik  
D: Drogenberatung (Nord)  
E: Suchtberatung (Süd)

Kategorie: Person				
Nr.	Variable	Code	Ausprägung	Ankerbeispiel
01	Grundständige Ausbildung	Grundständige Ausbildung der interviewten Person.	1: Sozialarbeiter/Sozialpäd. 2: Erzieher 3: Pflegekraft 4: Arzt 5: Sonstige Sonstige Ausbildungen sind zu benennen.	A: (1,2) „Ich habe zuerst Erzieherin gelernt und (...)1995 habe ich (...) Diplom Sozialarbeit studiert.“
				B: (1)
				C: (1) „Ich bin Diplom-Sozialarbeiter.“
				D: (1) „Ich bin Diplom Sozialpädagogin.“
				E: (1) „Ich bin DiplSozpäd von der Grundausbildung...“ S. 1
02	Zusatzausbildung	Vorhandene relevante Zusatzausbildungen der interviewten Person.	1: keine 2: Suchttherapie 3: Systemische Berater/Therapie 4: Fachpflege 5: Facharzt: 6: Sonstige	A: (1) „Nein. Zurzeit mache ich über die Arbeit eine Mediationsausbildung.“
				B: (6) „Wir haben hier alle Motivational-Interviewing-Kurzausbildungen genossen“ (Z. 6 f.).
				C: (1) „Ich hab zich Fortbildungen und

			Hinweis: Alle weiteren Zusatz- ausbildungen sind als „Sonstige“ zu kodieren.	<p>Weiterbildungen genossen, aber ich hab keine ausgesprochene Zusatzausbildung, dass ich jetzt da mich irgendwie schmücken könnte mit irgendso nem Begriff halt, wie das so auf dem Markt ja angeboten wird.“</p> <p>D: (1) „Gar keine.“</p> <p>E: (2) und (3) „... und habe eine Zusatzausbildung in systemischer Familientherapie und in Integrativer Suchttherapie“ S. 1</p>
03	Erfahrung Arbeitsfelder	Berufserfahrung der interviewten Person	1: Psychisch Kranke 2: Suchthilfe 3: Kinder- & Jugendhilfe 4: Erzieher 5: Sonstige	<p>A: (3,4) „Ich habe in einem Kindergarten, Kinderheim, als Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH) und in der Erwachsenenbildung Berufserfahrung.“</p> <p>B: (2) „Ich hab mein Anerkennungs-jahr hier gemacht und bin dann hier hängen geblieben.“ (Z. 14).</p> <p>C: (2) „Ich habe drei Jahre lang in ner stationären Suchtkranken-hilfe gearbeitet und zwar in (...) in ner psychosomatischen Klinik, auf ner geschlossenen psychiatrischen Akutstation, wo Drogenabhängige einer ausschleichenden Entgiftung, also in der Regel ausschleichenden Entgiftung teilgenommen haben und nach nem bestimmten Konzept da auch besondere Angebote bekommen haben, bei dem durchschnittlich dreiwöchigen Aufenthalt, wo ich dann mit zum sogenannten psychoedukativen Team gehört habe.“</p> <p>D: (2 + 5)</p> <p>E: (2), (3) , (5): „Ne zuvor war ich in der Erziehungshilfe in einem Jugend-erziehungsheim und</p>

				im Integrationsdienst. (...) das waren Asylbewerber.“ S. 1,2
04	Dauer der Tätigkeit im aktuellen Arbeitsfeld		Anzahl der Jahre	A: 11 „Seit 1999, also seit 11 Jahren.“
				B: 18 „Achtzehntes Jahr jetzt.“ (Z. 16).
				C: 15 „Und seit fast fünfzehn Jahren bin ich hier jetzt in der Kinderklinik tätig.“
				D: 1,5 „1,5 Jahre jetzt genau.“
				E: „Ich bin jetzt ziemlich genau 19 Jahre hier in der Caritas PSB in Biberach“. S. 1
05	Dauer der Tätigkeit beim aktuellen Arbeitgeber		Anzahl der Jahre	A: 11 „Auch seit 11 Jahren.“
				B: 18 „Achtzehntes Jahr jetzt.“ (Z. 16).
				C: 15 „Und seit fast fünfzehn Jahren bin ich hier jetzt in der Kinderklinik tätig.“
				D: 1,5 „identisch [...] 1,5 Jahre“
				E: 19 (siehe oben)
06	Funktion Arbeitsplatz		1: Mitarbeiter 2: Leitungskraft 3: Fachkraft	A: (1) „Ich bin fallverantwortliche Sozialarbeiterin (...) Mentorin für junge Bachelorstudenten. “
				B: (1) bzw. (2)

			<p>Hinweis:          Fachkraft beinhaltet spez.          Aufgaben und Kenntnisse im          Hinblick          „Kindeswohlgefährdung“          (Bsp. § 8a-Fachkraft)</p>	<p>„heute bin ich Koordinator der Sozialdienste, [...] also ich leite die Sozialdienste für die Rehaabteilung und für den Akut-Bereich“ (Z. 18 ff.).</p>
				<p>C: (2) bzw. (3)</p> <p>„Als Sozialarbeiter habe ich lange Zeit alleine den Krankenhaussozialdienst verkörpert. Ich hab jetzt seit Anfang letzten Jahres Verstärkung bekommen durch ne Kollegin, die mit ner halben Stelle hier auch noch tätig ist. Ansonsten gab ich fast ausschließlich die ganze Zeit nur mich hier in der Kinderklinik.“</p> <p>„Fachkraft, das sind aber wir. Das sind wir. Das ist die Klinische Sozialarbeit in der Kinderklinik. Das sind die Fachleute für das Thema. Das sind wir.“</p> <p>„Also ich hab in dem Sinne quasi ne Doppelfunktion. Ich bin in dem Team drin, in der Kinderschutzgruppe, hab aber gleichzeitig auch als Krankenhaussozialarbeiter an ner anderen Stelle dann ne Funktion in dem ganzen Verfahren.“</p>
				<p>D: (1)</p> <p>„[...] normale Mitarbeiterin.“</p>
				<p>E: (1)</p> <p>„Ich bin hier normales Teammitglied“ S. 2</p>

Kategorie: Institution				
Nr.	Variable	Code	Ausprägung	Ankerbeispiel
07	Adressaten/ Klienten	Adressaten/Klienten der Institution	1: Suchtkranke 2: Kinder- & Jugendliche 3: Familien 4: Sonstige  Hinweis: Sonstige Adressaten sind zu benennen	A: (2,3) „Kinder, Jugendliche und Familien.“
				B: (1) „Alle Patienten der Klinik.“ (Z. 33).
				C (2) „Es ist also ein sehr sehr großes Spektrum mit vielen einzelnen Fachbereichen und ner unheimlich großen Zahl von Leuten, die Jahr für Jahr hier hin kommen mit Kindern.“
				(4) Erwachsene bzw. Schwangere/Mütter „Seit November haben wir halt noch einen Erwachsenenbereich eröffnet mit der Geburtshilfe ist das verbunden, die jetzt hier seit November existiert, die auch sehr stark frequentiert wird. Deshalb ist es nicht mehr nur ausschließlich eine Kinderklinik.“
				(3) „Das heißt, ich biete an, das ganze Spektrum, ich nenne es mal der Basisberatung, vor allem wenn Eltern erstmalig mit so ner Thematik konfrontiert sind, ich sag mal bei nem Neugeborenen erfahren, das Kind ist von dem Down-Syndrom betroffen.“
				D: (1,2,3) „[...] Drogenabhängige, ehemalige Drogenabhängige, Angehörige, Eltern und jugendliche Drogenabhängige.“
08	Einrichtungsgröße	Anzahl der betreuten/ behandelten Klienten in der Einrichtung.		E: (1), (4) Angehörige von Suchtkranken
				A: „Ich habe 63 Akten und zirka 120 Klienten.“
				B: 50 max. / ca. 1.300 p.A.

				<p>„Hier auf den Entzugsstationen sind maximal 50 Patienten insgesamt, [...] und 1.300 Behandlungen im Jahr.“ (Z. 52 f.).</p> <p>C: <i>keine Kodierung vorgenommen!</i></p> <p>D: „[...] Im Schnitt kommen zu uns im Durchlauf 500 Leute. Die wechseln aber.“</p> <p>E: 480 Fälle im Jahr          „Also wir haben 2010 knapp 480 Klienten gehabt. Wobei man dazu wissen muss, dass die statistische Erhebung verlangt, dass nach zwei Monaten ohne Kontakt die Beratung abgeschlossen werden muss und dann auch so 2–3 doppelt erfasst werden, weil die dann in EBIS neu angelegt werden müssen und als Neuaufnahme gelten.“ S. 3</p>
09	Finanzierung	Überwiegende Finanzierungsgrundlage der Institution	<p>1: Einzelfallfinanzierung            2: Pauschal finanziert            3: Mischfinanzierung            4: Sonstige</p> <p>Hinweis: Sonstige Finanzierungen sind zu benennen</p>	<p>A: (3) „Aus Steuermitteln und Zuschüssen des Landes.“</p> <p>B: (1) „Das hier ist ein klassisches Versorgungs-, also Pflichtversorgungsinstrument übers SGB V“ (Z. 56 f.). „Asylbewerberleistungsgesetz spielt noch ne Rolle, das sind gut 10 Behandlungen im Jahr. [...] Private Krankenversicherungen[...] tauchen drei bis fünf mal im Jahr auf“ (Z. 63 ff.).</p> <p>C: (2) „Mittlerweile wird ja in Deutschland in den Krankenhäusern nach ner Pauschale bezahlt, die DRGs sind da das Stichwort. Das heißt, es gibt einfach für ne bestimmte Diagnose, gibt es ne bestimmte Summe (...) und damit muss die Klinik hinkommen.“</p> <p>D: (3) „[...] Das Land NRW, die Stadt Düsseldorf</p>

				<p>und der LVR, Spenden und beim Betreuten Wohnen werden die Fachleistungsstunden auch beim LVR abgerechnet. Ach und Bußgelder, die vom Gericht angeordnet werden.“</p> <p>E: (3) „Also wir werden zum Einen, zum größten Teil, finanziert vom Landkreis Biberach, wir kriegen einen Zuschuss vom Land Baden Württemberg und wir werden finanziert von der Caritas, Diözese Rottenburg Stuttgart und durch Eigenmittel die wir erwirtschaften, durch ambulante Reha.“ S. 3</p>
10	Kostenträger		<p>1: Kommune 2: Land 3: Überörtliche Sozialhilfeträger 4: Gesetzliche Krankenversicherung</p>	<p>A: (1) „Die Kommune.“</p> <p>B: (4) „Das hier ist ein klassisches Versorgungs-, also Pflichtversorgungsinstrument übers SGB V“ (Z. 56 f.). „[...]Es gibt nur ganz wenige Fälle wo der überörtliche Sozialhilfeträger überhaupt noch in Frage kommt. Asylbewerberleistungsgesetz spielt noch ne Rolle, das sind gut 10 Behandlungen im Jahr. [...]Private Krankenversicherungen[...] tauchen drei bis fünf mal im Jahr auf“ (Z. 62 ff.).</p> <p>C: (4) „Das heißt, die Krankenversicherung ist da das Stichwort. Im Sozialgesetzbuch V gibt es da halt die gesetzlichen Krankenkassen, die entsprechend dann entsprechende Leistungen vergüten, die hier erbracht werden und bei Privatkrankenversicherten ist es ja ähnlich. Es gibt natürlich auch noch hier und da Selbstzahler (...).“</p> <p>D: (1,2,3) „Wir sind ein eigenständiger Verein, der sich aus den gerade genannten Mitteln finanziert.“ (vgl. Punkt 9)</p>

				<p>E: (1) (2) (5) andere Rehabilitationsträger (v.a. DRV) und Diözese Rottenburg-Stuttgart          „Also wir werden zum Einen, zum größten Teil, finanziert vom Landkreis Biberach, wir kriegen einen Zuschuss vom Land Baden Württemberg und wir werden finanziert von der Caritas, Diözese Rottenburg Stuttgart und durch Eigenmittel die wir erwirtschaften, durch ambulante Reha.“</p>
11	Klientenschlüssel	Anzahl der Klienten auf eine Mitarbeiterstelle (100%, 40Std./Woche).		<p>A: „Es gibt ein „Soll“ von 86 Punkten für jede Vollzeitstelle. Die Punkte setzen sich aus den Akten zusammen. Pro Kind und pro Hilfe gibt es 2 Punkte. Für Beratung gibt es 2 Punkte und für Familiengerichtliche Verfahren gibt es auch 2 Punkte.“</p> <p>B: keine direkte Angabe.          Verhältnis KlientIn/Sozialdienst in etwa 50/3 = 17/1          „reine Sozialdiensttätigkeit im klassischen Sinne, wenden wir hier so drei Stellen auf“ (Z. 11 f.).</p> <p>C: <i>keine Kodierung vorgenommen!</i></p> <p>D: „Ich schätze, ich habe aktuell 50 Klienten.“</p> <p>E: etwa 101 (480 Klienten im Jahr und ein Deputat von 4,75 Mitarbeiterstellen)          „Also wir haben 2010 knapp 480 Klienten gehabt. Wobei man dazu wissen muss, dass die statistische Erhebung verlangt, dass nach zwei Monaten ohne Kontakt die Beratung abgeschlossen werden muss und dann auch so 2–3 doppelt erfasst werden, weil die dann in EBIS neu angelegt werden müssen und als Neuaufnahme gelten.“ S. 3</p>



12	Professionen im Team	Vorhandene Professionen im Team der befragten Institution	1: Sozialarbeiter/Sozialpäd. 2: Psychologen 3: Arzt 4: Pflegekraft 5: Heilpädagoge 6: Sonstige Sonstige Professionen sind zu benennen	A: (1) „In unserem Team gibt es Diplom Sozialarbeiter und Diplom Sozialpädagogen.“
				B: (1), (2), (3), (4) „Hier ist Pflege, Mediziner, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, Kunsttherapie und Sproththerapeut.“ (Z. 117 f.). „Dann darüber hinaus werden Ärzte, Fachärzte natürlich, Psychiater haben wir hier auch, in den Rehaabteilungen Psychologen und da auch jede Menge Sozialarbeiter mit therapeutischer Zusatzausbildung“ (Z. 125 ff.).
				C: (1) „Als Sozialarbeiter habe ich lange Zeit alleine den Krankenhaussozialdienst verkörpert. Ich hab jetzt seit Anfang letzten Jahres Verstärkung bekommen durch ne Kollegin, die mit ner halben Stelle hier auch noch tätig ist.“
				D: (1,3,4,6) „[...] Sozialpädagogen, Sozialarbeiter, die entsprechenden Bachelor auf dem Gebiet der sozialen Arbeit, Krankenpfleger, Suchtberater, Suchttherapeut, eine BWLer` in, Rettungsfachkräfte, Rettungssanitäter, Rettungsassistenten & Hausmeister. Ach und Verwaltungsfachkräfte [...]“
				E: (1)(2)(3) „Also wir sind Dipl Sozpäd/arb, wir haben nen Mitarbeiter der ist Dipl Psych und wir haben eine Teamärztin. Die ist auf Honorarbasis mehrere Stunden pro Woche da, die ist Psychiaterin und Fachärztin für Psychotherapie und Suchttherapie“ S.4
13	Mitarbeiteranzahl	Anzahl der Mitarbeiter im Team		A: „In meinem Team arbeiten 3 Vollzeitkräfte und 3 Teilzeitkräfte.“
				B: Sozialdienst: 5, Klinik gesamt: 130

				<p>„Die darf man gar nicht als Team verstehen. Wir sind hier nicht aufgestellt, wie das in klassischen Krankenhäusern der Fall ist. [...] für den Entzugsbereich sind wir mittlerweile leider nur noch fünf Sozialarbeiter“ (Z. 27 ff.). „Insgesamt sind das, für die gesamte Klinik aufgeschlüsselt, [...] aktuell nicht ganz 130“ (Z. 135 ff.).</p>
				<p>C: 2 Mitarbeiter im Fachteam.          „Als Sozialarbeiter habe ich lange Zeit alleine den Krankenhaussozialdienst verkörpert. Ich hab jetzt seit Anfang letzten Jahres Verstärkung bekommen durch ne Kollegin, die mit ner halben Stelle hier auch noch tätig ist.“</p>
				<p>D: „[...] so um die 60 [...]“</p>
				<p>E: „7, aber meistens mit wechselnden Prozents.“ S. 4</p>

Kategorie: Information und Ausbildung				
Nr.	Variable	Code	Ausprägung	Ankerbeispiel
14	Expertentum	Bereits gemachte Erfahrungen mit „Kindeswohlgefährdung“ bzw. „Sucht im Familiensystem“	0: nein 1: ja	<p>A: (1) „Häufig.“</p> <p>B: (1) „Wir machen insofern Erfahrung mit dem Thema Kindeswohlgefährdung, als dass wir uns irgendwann mal damit beschäftigt haben, inwieweit wir denn davon betroffen wären.“ (Z. 144 f.). „Problematisch war ja aus unserer Sicht hier in der Entzugsklinik eher immer schon die Kinder, von denen wir Kenntnis bekommen, dass es die gibt, und der Elternteil sitzt vor mir, und ich hab zu dem Zeitpunkt keine Ahnung, wo die Kinder sind“ (Z. 161 ff.). „Das Thema was wir besser angehen können, ist, wenn die Leute im Hilfesystem sind, und die meisten sind irgendwie im Hilfesystem, dann können wir über die Drogenberatung nachfragen, ob die Versorgung der Kinder gesichert ist. Bei den Substitutionsambulanzen ist das in der Regel ganz gut und verlässlich recherchierbar. Wir können beim Jugendamt natürlich nachfragen, unter Missachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen“ (Z. 166 ff.)</p> <p>C: (1) „Die dritte Säule ist der Bereich Kinderschutz. Kinderschutz umfasst natürlich vieles. Es gibt ja unterschiedliche Indikationen, weswegen Kinderschutz Thema werden kann in der Kinderklinik. Natürlich klar, wenn Verdacht besteht auf körperliche Misshandlung oder sexuellen Missbrauch. Das sind ganz klare Indikationen, wo dann Kinderschutz Thema wird. Aber auch Vernachlässigung und Verwahrlosung können vorkommen und ja natürlich kann auch ne Suchterkrankung der Eltern hier auffallen, wo natürlich</p>

				auch dann großes Potential für ne Kindeswohlgefährdung draus erwachsen kann, ne.“
				D: (1) „Am Rande bin ich damit in Berührung gekommen.“
				E: (1) „Hmh, ja also das haben wir eigentlich schon immer im Blick wenn also Klienten mit Kindern, also junge Kinder in Familien sind und da sind wir durchaus auch immer wieder im Kontakt mit dem Jugendamt in Biberach.“ S. 5
15	Kriterien Kindeswohl/ Sucht	Benannte Kriterien für Kindeswohlgefährdung / Sucht im Familiensystem	0: keine Kriterien benannt 1: differenzierte Kriterien 2: undifferenzierte Kriterien	<p>A: (0)</p> <p>„</p> <p>B: (2)</p> <p>„Wenn dann während des Verfahrens der Aufnahmeplanung, da fragen wir ja ne ganze Menge Daten ab, wenn dann deutlich wird, da gibt es Kinder, dann wird dann da schon auf jeden Fall gefragt, wie sind die Kinder denn versorgt. Wenn es denn da keine plausible, überzeugende, glaubhafte Antwort gibt, dann wird während der Zeit schon, ohne, dass wir wissen, der Patient oder die Patientin kommt wirklich irgendwann hier an, wird geguckt, wie kann man das denn unterstützend in die Planung bringen, dass die Kinder überhaupt mal versorgt sind.“ (Z. 219 ff.). „Das hat was damit zu tun, wer zu welcher Tagung entsandt wird, dass wird dann hier zwar multipliziert, aber das erschreckende ist da an sich, dass es eine ganz breit gefächerte Ansicht von Kindeswohlgefährdung gibt“ (Z. 239 ff.). „Das ist meiner Meinung nach das größte Problem beim Thema Kindeswohlgefährdung, das über das, was man fühlt, und das juristisch Kindeswohlgefährdung ist, dass man über solche Pole spricht, das gibt Teamdiskussionen, die sind unsäglich</p>

				<p>dann“ (Z. 254 ff.). „Ist ne Kollegin schwanger, interessiert sie sich auch plötzlich mehr für das Thema Kindeswohl und suchtkrank“ (Z. 262 f.).</p>
				<p>C: (1)</p> <p>„Die Tatsache, dass ein Kind nicht ausreichend begleitet ist, ist eine Vernachlässigung des Kindes. Und Vernachlässigung ist etwas, was zur Kindeswohlgefährdung gehört.“ (...)</p> <p>„Diese Indikation mangelnde Elternpräsenz kann auch ein Hinweis darauf sein, dass auch vielleicht ansonsten zu Hause das Kind nicht ausreichend versorgt ist.“</p> <p>„Körperliche Misshandlung (...) es kann sein (...), dass das nebenbei auffällt. Das Kind kommt eigentlich wegen ner anderen Problematik hin. Wird gebracht und da fällt irgendwas auf, irgendwelche Verletzungen oder es werden beim Röntgen plötzlich noch ältere Verletzungen festgestellt, wo keine schlüssige Erklärung für vorhanden ist oder irgendwelche anderen verdächtigen Schilderungen, die nicht passen zum Verletzungsmuster.“</p> <p>„Vernachlässigung, Verwahrlosung ist, gilt im Prinzip immer dasselbe, fällt zum Teil hier auf, ich sag mal, ein Kind kommt hierhin wegen (...) ner OP, die durchgeführt werden soll und die Mitarbeiter schlagen die Hände über dem Kopf zusammen wegen dem Pflegezustandes des Kindes.“</p> <p>„Jeder suchterkrankter Elternteil, je nachdem wo er gerade steht in seiner Erkrankung, ist potentiell ne Gefahr für sein Kind. Jeder. Jeder. Weil, je nachdem wo der gerade steht, wie tief der gerade in seinem</p>

				<p>Konsum ist oder in seiner Rückfälligkeit ist, gehört es halt auch zu dem Krankheitsmuster, eben nicht mehr ausreichend für andere sorgen zu können, weil dann nur noch der nächste Schuss zählt oder quasi nur noch der Pegel beim Spiegeltrinker gehalten werden muss und dann in dem Maße, wie die Leute sich oft dann selbst auch vernachlässigen und verwahrlosen, kann es, ist da ne große Gefahr, dass das Umfeld entsprechend mit verwahrlost. (...) Das ist was, wo Kinder gefährdet sind, in vielerlei Hinsicht.“</p> <p>D: (2) „Die Mutter kam mit dem Kinderwagen auf den Hof und wollte in den Konsumraum und das Kind stand alleine auf dem Hof.“</p> <p>E: (0) (Also im Gespräch mit dem Fachleiter wird das weitere Vorgehen besprochen?) „Ja genau“ S. 5</p>
16	Spezifische Ausbildung	Ausreichend zu dem spezifischen Thema (Kindeswohl bzw. Sucht im Familiensystem) ausgebildet	<p>0: unzureichend ausgebildet</p> <p>1: teilweise ausgebildet</p> <p>2: gut ausgebildet</p>	<p>A: (0) „Nein über die Ausbildung nicht.“</p> <p>B: (0) „Durch das Studium gar nicht, und durch Fortbildungen, da würde man hier keine Rückschlüsse auf die Allgemeinheit der Sozialdienstmitarbeiter schließen können. Das ist sehr unterschiedlich. Das hat was damit zu tun, wer zu welcher Tagung entsandt wird“ (Z. 237 ff.). „wir sind schlecht ausgebildet dafür, wir sind schlecht gebrieft dafür“ (Z. 287)</p> <p>C: (1) „Also ich möchte nicht, meiner K-FH da keinen Vorwurf machen. Sondern der Ansatz ist, denke ich, wie gesagt, Generalist und dann aber, dass man auch fähig ist, sich in Einzelbereiche selbst weiterzuentwickeln und zu vertiefen.“</p>

				D: (0) „Nein gar nicht! Habe ich nichts von gehört, nichts gelernt, nicht mal im Ansatz.“
				E: (0) „Leider nein.“ S. 5
17	Fortbildungs- angebote	Stehen Fortbildungsangebote zum Thema „Kindeswohlgefährdung“ und „Sucht im Familiensystem“ zur Verfügung.	0: keine Angebote 1: Kindeswohlspezifische Fortbildungen 2: Suchtspezifische Fortbildungen	A: (2) „(...)über meinen Arbeitgeber habe ich verschiedene Fortbildungen zu diesem Thema besucht (...).“
				B: (0) „Intern zum Thema Kindeswohlgefährdung nicht. Das ist halt gar nicht so unser Steckenpferd“ (Z. 258).
				C: (?) „Aber ich hab mich in allen möglichen Bereichen natürlich fortgebildet, weitergebildet. Was, was vor allem halt für meine praktische Tätigkeit immer hilfreich und wichtig war.“
				D: (0) „Nein, da müsste ich vielleicht ganz viel kämpfen. [...]“
				E: (0) „Hm auch nicht. Das müsste ich auf eigene Initiative und Kosten machen.“ S. 5
18	Fachkraft	Steht eine Fachkraft zu den Themen „Kindeswohl“ bzw. „Sucht im Familiensystem“ zur Verfügung	0: keine Fachkraft 1: Fachkraft Kindeswohl 2: Fachkraft Sucht	A: (0)
				B: (0) vgl. Z. 278 ff.
				C: (1) „Fachkraft, das sind aber wir. Das sind wir. Das ist die Klinische Sozialarbeit in der Kinderklinik. Das sind die Fachleute für das Thema. Das sind wir.“

				<p>„Bei diesen Kinderschutzkonzepten ist in der Regel das System so, dass es eine kleine Zahl von Mitarbeitern gibt, zu denen ich auch gehöre, die ganz speziell vertraut sind mit dem Konzept also ganz differenziert vertraut sind. Und dieses Spezialteam, sag ich mal, steht zur Verfügung, wenn so ne Indikation im Raum steht.“</p> <p>D: (0) „Ja, das schon. Es gibt 2, die sich schon ganz lange damit beschäftigt haben. Wir haben auch einen Arbeitsschwerpunkt Jugend. Die Leute sind dafür speziell zuständig. Die kann man auch fragen.“</p> <p>E: (0) „Das haben wir jetzt nicht, dass hier jemand ne spezielle Weiterbildung oder Fortbildung gemacht hat.“ S. 7</p>
19	Fachkraft	Ist Variable 18 mit nein beantwortet worden: Geplant eine Fachkraft zu installieren?	<p>0: nein 1: ja, Fachkraft Kindeswohl 2: ja, Fachkraft Sucht 3: ja, beides</p>	<p>A: <i>keine Kodierung vorgenommen!</i></p> <p>B: (0) vgl. Z. 281 ff. „Ich sag da noch eins zu dieser Kinderjugenschutzfachkraft. Ich glaube, dass viele Sozialarbeiter danach auch nicht fragen, aus der Sorge heraus, dass sie den Part nachher am Bein haben.“ (Z. 285 ff.).</p> <p>C: --</p> <p>D: --</p> <p>E: (0)</p>



Kategorie: Handlungsstrategien und Netzwerk				
Nr.	Variable	Code	Ausprägung	Ankerbeispiel
20	Rollenverständnis	Eigenes Rollenverständnis im Helfernetzwerk		A: „Ich arbeite bei Hilfen zur Erziehung in Kooperation mit Suchtberatungen zusammen. Wenn ich als Jugendamt nicht zuständig bin, (...) vermittele ich die Klienten weiter an die Suchtberatung.“
				B: „Im Prinzip sind wir ja hier, was den Akutbereich angeht, so ne Zwischenstation. Manchmal sind wir erste Station, manchmal sind wir auch wieder letzte Station.“ (Z. 326 f.). „wir sehen uns eigentlich so als ein Stück weit als Clearingstelle für die weitere Behandlung. Und als Überlebenshilfe schlichtweg. Hier kommen ja auch Leute hin, [...] die nennen das Venenkur“ (Z. 340).
				C: „Ich sag mal so, in gewisser Weise sage ich manchmal auch, sind wir verlängerter Arm des Jugendamtes in der Kinderklinik.“  „Wir haben die Verpflichtung in gewisser Weise aktiv zu werden aus anderen rechtlichen Rahmenbedingungen, nicht § 8a.“  „Ich gehe deshalb auch schon mal gerne hin und nehme Jugendämter in die Pflicht, in gewisser Weise aktiv zu werden.“  „Das heißt, ich hab so Vermittler- und Koordinationsfunktion in vielerlei Hinsicht.“
				D: „Eher am Rande. Weil unsere Hauptaufgabe ist ja die Suchterkrankung. [...]Wenn man aber im Zuge

				<p>dessen was mitkriegt, sollte man natürlich genau hingucken. Mal nachfragen, mal nachhaken. Z.B. „Wie läuft das denn mit dem Kind, zu Hause, mit Ihrem Mann und so?“ [...]“</p> <p>E: Spektrum vom CaseManager bis zum Suchttherapeuten, bzgl. Kindeswohl vermittelnde Rolle</p> <p>„manchmal haben wir wie so eine Art CaseManager-Funktion und manchmal werden wir auch von anderen Stellen hinzugezogen und decken dann den Suchtbereich ab, wo es drum geht ne Mutter in Therapie zu vermitteln oder sogar vielleicht auch mit Kund oder den Vater aus der Familie zu behandeln. Aber wenn Leute bei uns als erstes auflaufen und wir so die Beziehung aufbauen, da kann es schon sein, dass auch wir so die ganze Organisation machen und die verschiedenen Stellen einschalten. Erziehungsberatungsstellen, Kontakt zum Jugendamt...ja ich sag mal das ist je nach Fall und Situation recht unterschiedlich.“ S.7</p> <p>„aber wir sind hier an der Stelle nicht speziell geschult, sondern da ist dann eher die Erziehungsberatung der Ansprechpartner, wenn es gelingt die Eltern dazu zu kriegen, auch nach den Kindern zu schauen... das ist dann was, was wir eher übergeben ...weil die einfach entsprechend geschult sind“ S17</p>
21	Zugesagte Funktion	Entspricht die Funktion im Helfernetzwerk der beschriebenen Funktion am Arbeitsplatz	0: nein 1: ja 2: teilweise	<p>A: (1) „Solange Kinder betroffen sind immer.“</p> <p>B: (1) „[Das] entspricht schon der Konzeption auf jeden Fall. (...) Meine Stellenbeschreibung die kenn ich, die habe ich vor kurzem selber machen müssen für die</p>

				<p>KTQ Zertifizierung. Aber für die Sozialdienststellen, [...] nachdem die Stellen jetzt über 15 Jahre jetzt so gelaufen sind, sind die Stellenbeschreibungen irgendwann so geschrieben worden.“ (Z. 356 ff.).</p> <p>C: (1) „Ja, die hab ich ja selber geschrieben. Deshalb entspricht das auch dem. Ja, ich hab ja keinen Fachvorgesetzten hier. Ich hab nur n Dienstvorgesetzten. Das ist halt Krankenhaus.“</p> <p>D: (1) „Eigentlich schon, ja. [...]“</p> <p>E: „Oh eine Stellenbeschreibung habe ich jetzt schon lange nicht mehr gesehen, aber ich glaube nicht, dass dazu etwas drinsteht und erst recht nicht zum Kindeswohl (...) das kann ich mir jetzt nicht vorstellen.“ S.7</p>
22	Differenzierte Funktion	Ist Variable 21 mit nein beantwortet worden: wo differenzieren sich Stellenbeschreibung und die Rolle im Helfernetzwerk?		<p>A: --</p> <p>B: --</p> <p>C: --</p> <p>D: --</p> <p>E: --</p>
23	Geplante Vorgehensweise	Geplante Vorgehensweise bei einer mögl. „Kindeswohlgefährdung“ bzw. „Sucht im Familiensystem“	<p>0: kein Vorgehen geplant</p> <p>1: strukturiertes Vorgehen</p> <p>2: unstrukturiertes Vorgehen</p>	<p>A: (1) „Ich stelle ganz konkrete Fragen. Wie viele Flaschen trinken sie am Tag?“</p> <p>B: (2) [...] „aufgrund der hoch seltenen Fälle, wo hier Kinder überhaupt ein Thema sind oder überhaupt ne Rolle spielen, gibt es hier keinen standardisierten Ablaufplan Schema F.“ (Z. 362 ff.)</p> <p>[...] „dass hier eigentlich die Regel ist, dass wird auf dem kurzem Dienstweg mit mir und dem Chefarzt</p>

				<p>besprechen, wie wir vorgehen. Und wir haben da überhaupt keine Scheu einfach andere Fachleute anzurufen und sagen, helft uns, was machen wir jetzt am besten.“ (Z. 367 ff.)</p>
				<p>C: (1) „Es gibt für bestimmte Fälle ein Konzept, was zum Tragen kommt. Das ist das sogenannte Kinderschutzkonzept der Kinderklinik. (...) Das ist ganz super strukturiert, also jetzt im Sinne von sehr ausdifferenziert.“</p>
				<p>D: (1) „[...] erst mal würde ich das beobachten. Dann würde ich mich mit der Mutter oder Vater oder wer es auch sonst ist näher beschäftigen, auch mit ihr das Thema thematisieren. [...] Dann guckt man erst mal, wie gehen die mit dem Kind um, sieht das gut aus, wie sieht das Kind aus? Ist das alles Alters entsprechend und solche Sachen. [...]dann wird auf jeden Fall dokumentiert. [...] wir haben so ne elektronische Datenbank auf dem Server. Da gibt es ein Übergabebuch! Hier wird alles Schrittchen für Schrittchen dokumentiert. [...] dann wird natürlich mit den Kollegen darüber gesprochen. [...]wenn man dann sagt, da könnte vielleicht so ein bedarf sein z.B. ne Familienhilfe, dann wird so etwas erst mal mit dem Klienten besprochen. [...] dann wird auch so ein bisschen die Angst vor dem Jugendamt genommen [...]ja genau. Und wenn du natürlich das Wohl des Kindes, sein Körper, Seele und Geist gefährdet siehst, dann müssen wir natürlich das Jugendamt informieren. [...] Du sagst nicht, wer du bist oder wo du arbeitest, schilderst einfach nur diesen Fall und dann sagt dir jmd. vom Jugendamt, ob es notwendig ist, das jetzt konkreter zu machen. Wenn die sagen: „Nein, beobachten Sie mal weiter.“, dann lässt du davon ab</p>

				<p>und wenn die sagen: „Ja, hier muss gehandelt werden.“, dann kannst du Namen nennen.[...]“</p> <p>E: (2)          „Ja also zunächst mal würde der Fachleiter informiert werden, würde ein solcher Verdacht bestehen und mit ihm gemeinsam abgeklärt, wie wir vorgehen. Also ob wir das Jugendamt informieren oder mit anderen Stellen zunächst austauschen (...) immer wieder vor bei Frauen die in der Substitution sind und schwanger werden und da wird dann eigentlich immer mit der Klientin besprochen das Jugendamt einzuschalten, zu informieren bzw. ist es auch so, dass wir von der Kinderklinik in Ravensburg eingeschaltet werden, wenn dort Substituierte entbinden, die haben da so ein Projekt, dass der substituierende Arzt, die begleitende Beratungsstelle und das Jugendamt in der Klinik zu einem Gespräch eingeladen werden mit der Mutter, um einfach so die ganzen Nachfolmaßnahmen einzuleiten.“ S. 5</p>
24	Ablaufplan	Ist ein Ablaufplan bei einer möglichen Kindeswohlgefährdung in der Institution vorhanden?	0: nein 1: ja	<p>A: (1) „Ja, es gibt klare Regeln. Richtlinien und einen Schritt für Schritt Ablaufplan.“</p> <p>B: (0) ) [...] „aufgrund der hoch seltenen Fälle, wo hier Kinder überhaupt ein Thema sind oder überhaupt ne Rolle spielen, gibt es hier keinen standardisierten Ablaufplan Schema F.“ (Z. 362 ff.)</p> <p>C: (1) „Es gibt für bestimmte Fälle ein Konzept, was zum Tragen kommt. Das ist das sogenannte Kinderschutzkonzept der Kinderklinik. (...) Das ist ganz super strukturiert, also jetzt im Sinne von sehr ausdifferenziert.“</p>

				<p>D: (1) „Ja, die gibt es. Es gibt eine Richtlinie, einen Leitfaden, der auch so heißt und auf dem Server für jeden zugänglich ist und der genau die Schritte beinhaltet, die ich zuvor gesagt hatte. [...] Also die Richtlinien kennt jeder (Innehalten), obwohl nein. Das ist nicht richtig. Eigentlich sieht es so aus, dass die Kollegen dann zu mir kommen und sagen. Du- ich hab da einen Fall. Kannst du mir mal helfen-und dann guck ich und anschließend alle und dann sag ich, was sie machen sollen.“</p> <p>E: (0)</p>
25	Ansprechpartner Netzwerk	Welche Ansprechpartner im Hilfsnetzwerk werden bei einer Kindeswohlgefährdung in Anspruch genommen?	<p>0: keine</p> <p>1: Jugendamt</p> <p>2: Polizei</p> <p>3: Gesundheitsamt</p> <p>4: Sonstige</p>	<p>A: (4) „Da kann man dann bei eingesetzten Helfern, dem GSD, Schulen, Kindergärten, Kinderärzten, Krankenhaus und Eltern nachfragen.“</p> <p>B:</p> <p>(1) „Wir können beim Jugendamt natürlich nachfragen“ (Z. 170). (4) [...]“Dagmar Schroppe, die hat nen eigenes BeWo ja gemacht und die hat ne sozialpädagogische Familienhelfestelle mittlerweile da mit dran. Und wenn man dann Leute hat mit Kindern, die nicht angebunden sind, da ruft man dann die Dagmar Schroppe an, die hat ihren Fuß im Jugendamt drin“ [...] (Z. 320 ff.) „Und wenn es nen Düsseldorfer ist, mach ich genau das gleiche, um dann in Düsseldorf zu fragen, wer ist das bei euch, wie komm ich an den dran? Und zu Bergisch Gladbach, zum Kreis, da haben wir dann den Vorteil A: kenn wir die Psychiatriekoordinatoren ganz gut, die Frau Dillmann und B: haben wir hier mit der Caritas, das ist ja hier anders organisiert in Rhein-Berg, die eine Hälfte des Kreises hat die Caritas, die andere Hälfte dann</p>

				<p>Richtung Remscheid hat die Diakonie. So dann für uns überwiegend hier die Caritas, die haben ne Jugendberatungsstelle.“ (Z. 371 ff.)</p> <p>C: (1) „Ich gehe deshalb auch schon mal gerne hin und nehme Jugendämter in die Pflicht, in gewisser Weise aktiv zu werden.“</p> <p>D: (4) [...] also Beratungsstellen, dann vielleicht auch Frauenberatungsstellen, wo die evtl. auch angebunden sein könnten und natürlich das Jugendamt. Und dann gibt es noch den „Sozialen Dienst“. Oh ich weiß nicht, wie heißt der eigentlich? Irgendein „Sozialer Dienst“. [...]“</p> <p>E: (1) und (4) Erziehungsberatungsstelle</p>
26	Suchtanamnese	Inhalte der Suchtanamnese.	<p>0: keine Anamnese</p> <p>1: Konsummuster</p> <p>2: Behandlungsvorerfahrung</p> <p>3: psychische Komorbidität</p> <p>4: aktuelle Behandler</p> <p>5: Veränderungsmotivation</p> <p>6. Sonstiges</p>	<p>A: (1) „Ich stelle dann ganz konkrete Fragen wie. Trinken sie..? Ich nehme wahr... Ich sehe... und dann sagen die Klienten mir auch was Sache ist.“</p> <p>B: (2) „Mann kann aber auch fragen, fünfmal so probiert und warum so weiter, wieso denn nicht mal Reha, warum nicht stationäres Wohnen, warum?“ (Z. 338).  (4)“ Wir haben kaum Klienten, die nicht aus dem Hilfesystem kommen“ (Z. 266)  (5) „Es gibt immer im Schnitt ein bis drei unter den fünfzehn, die wollten nicht abstinent leben [...]Genauso gibt es auch Leute, die wollten in Therapie gehen und es kommt anders“ (Z. 342 ff.)</p> <p>C: (6) Kerndaten  „Ein paar Sachen lassen sich noch so ermitteln aber es geht einfach um Kerndaten und wenn da ne Mutter ist, die hier hin kommt mit nem Baby zum Drogenentzug,</p>

				<p>dann ist das einfach ein Fakt. Dann muss ich nicht deren Biographie kennen. Das ist ein Fakt, im Hier und Heute und Jetzt, egal ob die ne schwere Kindheit hatte oder egal aus was für nem schwierigen Elternhaus die kommt oder was auch immer oder welche Drogenkarriere die hinter sich hat.“</p> <p>„Was die Anamnese anbelangt, fahre ich gut damit sehr wirklich das zu reduzieren auf ein paar Kerndaten.“</p>
				<p>D: (1, 2, 6) „[...] und zur Sucht wird natürlich immer alles erhoben. Wer, Wie, Was, Wann konsumiert und wie oft. Welche Substanzen, ob die substituiert werden oder nicht [...].“</p> <p>E: <i>keine Kodierung vorgenommen!</i></p>
27	Familienanamnese	Inhalte der Familienanamnese	<p>0: keine Anamnese  1: Familienstand  2: Kinder im Haushalt  3: Suchterkrankung in der Familienbiografie  4: Genutzte Hilfen (SGB VIII)  5: Sonstiges</p>	<p>A: (1, 2, 4) „In der Arbeit mit den Familien ist es notwendig Informationen über die Kinder und die Eltern zu hinterfragen.“</p> <p>B: (2) „Wenn dann während des Verfahrens der Aufnahmeplanung, da fragen wir ja ne ganze Menge Daten ab, wenn dann deutlich wird, da gibt es Kinder, dann wird dann da schon auf jeden Fall gefragt, wie sind die Kinder denn versorgt. Wenn es denn da keine plausible, überzeugende, glaubhafte Antwort gibt, dann wird während der Zeit schon, ohne, dass wir wissen, der Patient oder die Patientin kommt wirklich irgendwann hier an, wird geguckt, wie kann man das denn unterstützend in die Planung bringen, dass die Kinder überhaupt mal versorgt sind“ (Z. 219 ff.)</p> <p>C (5) „Ein paar Sachen lassen sich noch so ermitteln</p>



				<p>aber es geht einfach um Kerndaten und wenn da ne Mutter ist, die hier hin kommt mit nem Baby zum Drogenentzug, dann ist das einfach ein Fakt. Dann muss ich nicht deren Biographie kennen. Das ist ein Fakt, im Hier und Heute und Jetzt, egal ob die ne schwere Kindheit hatte oder egal aus was für nem schwierigen Elternhaus die kommt oder was auch immer oder welche Drogenkarriere die hinter sich hat.“</p> <p>„Was die Anamnese anbelangt, fahre ich gut damit sehr wirklich das zu reduzieren auf ein paar Kerndaten.“</p> <p>D: (1, 2) „Wir erfassen ob und mit wem die Klienten zusammen leben. Gibt es einen Partner oder Ehemann. Mit welchen und wie vielen Kindern wird zusammengelebt. Wie alt sind diese. [...]“</p> <p>E: (1, 2) „Ja also das erheben wir auf jeden Fall. Also wen gibt's in der Familie, Familienstand, sind Kinder im Haus... das wird auch abgefragt in unserem Datensatz bei jedem Klienten, also sind Kinder in der Familie bzw. im Haushalt.“ S. 5</p>
28	Einrichtungen Netzwerk	Welche Einrichtungen im Netzwerk „Kindeswohlgefährdung“ bzw. „Sucht im Familiensystem“ sind bekannt?	<p>0: keine  1: Jugendamt  2: Suchtberatungsstelle  3: Kinderschutzbund  4: Kinderklinik  5: Suchtklinik  6: Familienhilfe  7: Jugendberatung  8: Betreutes Wohnen</p> <p>Hinweis:</p>	<p>A: (7) „(...) SKF – Sozialdienst katholischer Frauen, die machen sehr viele Angebote zum Thema Suchthilfe, für Eltern und für Kinder. Dann gibt es noch das Gesundheitsamt die auch Angebote (...) und natürlich Drogenberatungsstellen und Heimeinrichtungen.“</p> <p>B: (1)“Wir können beim Jugendamt natürlich nachfragen“ (Z. 170).  (2) (...)“Und dann haben wir den SKM angesprochen, die Drogenhilfe angesprochen“ [...] (Z. 456).  (4) „wir haben ja im Rahmen der Trägerschaft eine</p>

			<p>Sonstige Einrichtungen sind zu benennen.</p>	<p>Entsprechung in Marienheide, die ne Kinder- und Jugendpsychiatrie haben“ [...] (Z. 258 ff.).</p> <p>(5) „[...]“dann gibts hier nebenan ja auch in Holweide die Psychiatrie, die auch Betten für suchtkranke Kinder und Jugendliche haben.“(Z. 260 ff.)</p> <p>(6) „[...]“Dagmar Schroppe, die hat nen eigenes BeWo ja gemacht und die hat ne sozialpädagogische Familienhelfestelle mittlerweile da mit dran“ [...] (Z. 320 ff).</p> <p>(7) [...] „überwiegend hier die Caritas, die haben ne Jugendberatungsstelle.“ (Z. 376)</p> <p>(8) [...] „da gibts ja dieses Clearing-Wohnen vom SKF [...] (Z. 230).</p>
				<p>C: (5) „Ich habe drei Jahre lang in ner stationären Suchtkrankenhilfe gearbeitet (...).“</p> <p>(4) „Und seit fast fünfzehn Jahren bin ich hier jetzt in der Kinderklinik tätig.“</p> <p>(2) „Es gibt ja die Fachleute in den Drogenberatungsstellen, (...) bei anderen Stellen, es gibt entsprechende Informationen.“</p> <p>(1) (3) (7) „Im Arbeitskreis sitzen (...) Vertreterinnen von einschlägigen Beratungsstellen aus der Region, also es sind hier ich sag mal Frauenzentrum (...), Beratungsstellen gegen sexualisierte Gewalt, generell Frauenberatungsstellen, die aber auch quasi so n Schwerpunkt wieder haben Richtung Kinderschutz, Kindeswohlgefährdung (...). Da sitzen aber auch Vertreterinnen und Vertreter aus Jugendämtern drin, vom Kinderschutzbund (...).“</p>
				<p>„Ach her je, wenig ne. Also Jugendamt,</p>

				<p>Jugendschutzstelle, Einrichtungen für minderjährige Trebegänger [...] Oder der Knackpunkt (Notschlafstelle für Minderjährige). Ansonsten hm – der Kinderschutzbund. Mehr weiß ich nicht.“</p>
				<p>E: (1) und (7) Erziehungsberatungsstelle          „Es gibt beim Jugendamt Biberach Ansprechpartner, die man anonym, als ohne jetzt den Klienten schon zu nennen, kontaktieren kann, um sich auszutauschen, wie man indem Fall vorgehen kann. Also da gibt's ein Angebot im Jugendamt. Die haben auch so einen bestimmten Titel.“ S.7          „ (...) ja und dann gibt's ja die Kindergruppe, die wird von der Erziehungsberatung hier gemacht, also das ist ne Gruppe für Kinder suchtkranker und psychisch kranker Eltern, die sind in einer gemeinsamen Gruppe...einmal in der Woche für 1,5 Stunden und die wird geleitet von einer Kollegin der Erziehungsberatungsstelle und einem Kollegen vom Jugendamt.“ S. 13</p>

Kategorie: Wünsche und Perspektiven				
Nr.	Variable	Code	Ausprägung	Ankerbeispiel
29	Veränderung Kindeswohlgefährdung	Was sollte sich ändern, damit eine Kindeswohlgefährdung besser erkannt wird?		A: <i>keine Kodierung vorgenommen!</i>
				B: „Ich glaube, es müsste eine Sache passieren [...] Es müsste souveränere Sozialarbeiter, Mediziner, Pfleger und überhaupt Mitarbeiter im Suchthilfesystem geben, die sich trauen, Leute zu fragen, wo ist ihr Kind, wie ist es versorgt, bring es doch mal mit [...] In Zeiten von Face to Face Honorar ist das eigentlich gar nicht mehr möglich. Der BeWo-Mann kann sich nicht unbedingt um das Kind kümmern, weil der kriegt nur die Stunde bezahlt, wenn er ne Fachleistungsstunde mit dem Klienten, für den es nen Hilfeplan gibt.“ (Z. 386 ff.).
				C: „Ich kann nur empfehlen, einen weiten Blickwinkel zu nehmen. (...) Das Interesse ist ja zu helfen, da wo es nötig ist. (...) Aber wo es um den Hilfsbereich geht, kann ich nur einen weiten Blickwinkel empfehlen, mit dem Anspruch der Aufklärung.“  Prävention und Ausbau von Ressourcen.
				D: Mal eine Fort- und Weiterbildung und eine Supervision. [...] Ja, vielleicht, das die Jugendämter besser mit uns zusammen arbeiten, auch sich mal vorstellen, was es für Möglichkeiten gibt, oder das wir mal dahin gehen und die machen mal so einen Infotag oder sowas. Das die mal sagen: Ja, guckt mal – das bieten wir an. [...] Weil so richtig wissen wir nicht, was es gibt und was das Jugendamt alles anbietet.

				<p>[...]Man weiß auch nicht, wann man wem was wegnimmt. Wann es dann soweit ist, das man wirklich sagt, nehmen wir das Kind aus der Familie. Wann und wie und unter welchen Voraussetzungen kommen die Kinder dann in Pflegefamilien zum Beispiel? Welche Kriterien müssen erfüllt sein, damit die Klienten die Kinder wiederbekommen? Ich würde mir also eine Zusammenarbeit mit dem Jugendamt wünschen.“</p>
				E: <i>keine Kodierung vorgenommen!</i>
30	Veränderung Sucht in der Familie	Was sollte sich ändern, damit eine Suchterkrankung in einem Familiensystem besser erkannt wird?		<p>A: „Die beteiligten Helfersysteme bräuchten ein breiteres Fachwissen. Sie müssten sensibler für dieses Thema werden.“</p>
				<p>B: “Ich glaub, da muss gar nicht so viel passieren. Ich glaube die meisten Suchterkrankungen werden erkannt. Die werden nur, wie es sich gehört, tabuisiert und nicht angesprochen“ (Z. 430 ff.). [...] Suchtprävention an sich wirkungsvoller sein könnte, wenn sie über die Eltern läuft. Ja, wenn ich nicht nur Angebote für die Kindern mache, sondern an den Schulen Angebote für Familien machen würde. Da habe ich doch am ehesten noch nen Zugriff.“ (Z. 468ff.)</p>
				<p>C: „Auch da sensibel zu sein und einen weiten Blickwinkel zu wählen. Es ist ja bekannt, dass wir gerade im Bereich der legalen Suchtmittel leider weiterhin ein viel zu geringes Problembewusstsein haben.“</p> <p>Vergegenwärtigung von eigenen eventuellen Suchtproblematiken</p>

				D: <i>keine Kodierung vorgenommen!</i>
				E: <i>keine Kodierung vorgenommen!</i>
31	Wünsche Kollegen Suchthilfe	Wünsche an die Kollegen der Suchthilfe zur optimierten Zusammenarbeit.		A: „Das funktioniert gut. Ich arbeite eng mit Substitutionsstellen und Beratungen zusammen.“
				B: [...] „es gibt nen Standartwunsch, ne, den werden ja wahrscheinlich alle nennen, nen regelmäßigen Austausch“ (Z. 498 ff.)
				C: „Oder ich sag mal bei manchen Institutionen ist es wichtig auch nochmal mehr darauf hinzuweisen, welche Ressource hier eigentlich in der Kinderklinik vorhanden ist.“  „Gerade die Profis im Bereich der Suchtkrankenhilfe haben natürlich den Suchtkranken im Fokus. Und da würde ich mir wünschen, dass die Betroffenen, die Belange der betroffenen Kinder und Angehörigen viel mehr wertschätzen und berücksichtigen.“  „Weil Suchtkranke natürlich auch oft sehr in ihrer Erkrankung gesehen werden, so nach dem Motto, ja der ist ja so arm dran. Und da wird leider oft unterschätzt, welche Verantwortung derjenige trotzdem hat, für all das, was er auslöst durch sein Suchtverhalten bei sich und im Umfeld. Die Verantwortung behält der immer.“  „Und was auch zu wenig gesehen wird, ist (...) das Umfeld egal ob jetzt hier oder auch generell (...) weiß zu wenig darüber, was nötig ist, damit jemand wirklich auch sich verändert bei ner Suchterkrankung. Das heißt, das geht so in Richtung Co-Abhängigkeit,

				<p>Helfersyndrom.“</p> <p>D: „[...] Vielleicht auch, dass mal ein paar mehr Mitarbeiter mal ein bisschen mehr Ahnung von diesem Thema kriegen und haben. [...] Wie gesagt: Fortbildung und Weiterbildung, Klausurtagungen. [...] Ja, also die Einrichtung hat für das Thema nicht so richtig Platz. Also das kann man ruhig mal so sagen. Man könnte mit Sicherheit mehr Platz dafür einräumen. Beispielsweise eine „Offene Sprechstunde“ für Mütter mit kleinen Kindern oder ein Kontaktladenangebot nur für Mütter mit Kindern (wie in Ehrenfeld – Programm „Kinder von Suchtkranken [KISU]“), wo man Spielangebote machen kann. Dadurch wäre die Einrichtung nochmal näher an dem Thema dran und wir könnten über die Anamnese Punkte hinaus die Beziehung zu den Kindern beobachten.[...]Da hätte man im Familiensystem wirklich mal einen Einblick.“</p> <p>E: <i>keine Kodierung vorgenommen!</i></p>
32	Wünsche Kollegen Jugendhilfe	Wünsche an die Kollegen der Jugendhilfe zur optimierten Zusammenarbeit.		<p>A: <i>keine Kodierung vorgenommen!</i></p> <p>B:</p> <p>C: „Oder ich sag mal bei manchen Institutionen ist es wichtig auch nochmal mehr darauf hinzuweisen, welche Ressource hier eigentlich in der Kinderklinik vorhanden ist.“</p> <p>„Gerade die Profis im Bereich der Suchtkrankenhilfe haben natürlich den Suchtkranken im Fokus. Und da würde ich mir wünschen, dass die Betroffenen, die</p>

				<p>Belange der betroffenen Kinder und Angehörigen viel mehr wertschätzen und berücksichtigen.“</p> <p>„Weil Suchtkranke natürlich auch oft sehr in ihrer Erkrankung gesehen werden, so nach dem Motto, ja der ist ja so arm dran. Und da wird leider oft unterschätzt, welche Verantwortung derjenige trotzdem hat, für all das, was er auslöst durch sein Suchtverhalten bei sich und im Umfeld. Die Verantwortung behält der immer.“</p> <p>„Und was auch zu wenig gesehen wird, ist (...) das Umfeld egal ob jetzt hier oder auch generell (...) weiß zu wenig darüber, was nötig ist, damit jemand wirklich auch sich verändert bei ner Suchterkrankung. Das heißt, das geht so in Richtung Co-Abhängigkeit, Helfersyndrom.“</p>
				D: „Wie ich bereits sagte.“
				<p>E: „ (...) und da würden wir uns auch mehr Interesse und Engagement vom Jugendamt wünschen.</p> <p>(Das von der Seite auch das Signal kommt, wir wären an intensiverer Kooperation interessiert?)</p> <p>„Genau ja.“ S. 9</p>
33	Entlastung	Welche Maßnahmen würden Sie entlasten?		<p>A: „Es müsste einen Coach für Alkoholranke geben. Der Ansprechpartner für die kranken Menschen sein könnte.“</p>
				<p>B: [...] „Ich könnt mir durchaus vorstellen, dass die Hochschulen ne ganze andere Rolle spielen sollten [...] Dass Hochschule sich tatsächlich fragen kann,</p>



				<p>sehen wir unsere Aufgabe tatsächlich darin, den Einrichtungen immer weiter Praktikanten zu schicken, in nem Zeitfenster, wie die Einrichtung davon nur noch mit Belastung darauf reagieren kann oder könnten wir uns vielleicht auch nicht so definieren, dass wir sagen, wir bieten euch an, zu bestimmten Themen Referenten abzurufen“ (Z. 534 ff.).</p>
				<p>C: „Ja natürlich, mehr Stellen. Ist doch klar. Mehr Stellen, es ist so, die Kinderklinik bietet sehr viele Anknüpfungspunkte für die unterschiedlichsten Probleme, die hier offenbar werden. Aber leider ist es so, wie auch in vielen anderen Bereichen der Sozialen Arbeit, dass nicht ausreichend Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.“</p>
				<p>D: „[...] Für mich wäre schön, einfach nur darüber reden zu können, ohne das es gleich Konsequenzen hagelt und die Kinder sofort aus den Familien geholt werden. Im Moment muss ich sehr darüber nachdenken, wann kann ich wem was mit welcher Konsequenz sagen. Hier würde ich mir unkomplizierter den Dialog wünschen.</p>
				<p>E: „(...) deshalb glaub ich schon dass das ein Bedarf ist und dass man da noch genauer hinschauen muss“</p> <p>„ (...) wir sind hier in der Beratungsstelle Biberach schon immer am unteren Level von der personellen Ausstattung her gewesen.“ S. 11</p> <p>„Ja (...) also wir fühlen uns da schon manchmal so wie Stiefkind, so gerade die Suchtberatungsstelle was personelle Ausstattung angeht.“ S. 11</p>

				<p>„ (...) in Bezug auf die Kinder wäre sicher noch ein Wunsch ein stärkerer Kontakt zum Jugendamt und ein intensiverer Austausch oder auch so eine gegenseitige Schulung. Das ist einfach so, dass das Suchthilfesystem und das Jugendhilfesystem, das (...) das kommt aus unterschiedlichen Richtungen (...) auch aus der Tradition, aus der Geschichte heraus und das ist gar nicht so einfach, sich da auch immer wieder näher zu kommen. Weil es einfach so unterschiedliche Systeme sind und dass da mehr passiert, das wäre schon noch ein Wunsch, ein Anliegen. Und ein Wunsch wäre das Thema Kinder suchtkranker Eltern mehr zum Thema zu machen“</p> <p>(Was bräuchten sie denn dazu?)</p> <p>„Mehr Zeit. Also mehr Zeit und dadurch eben auch mehr geistige Ressourcen“</p>
--	--	--	--	--